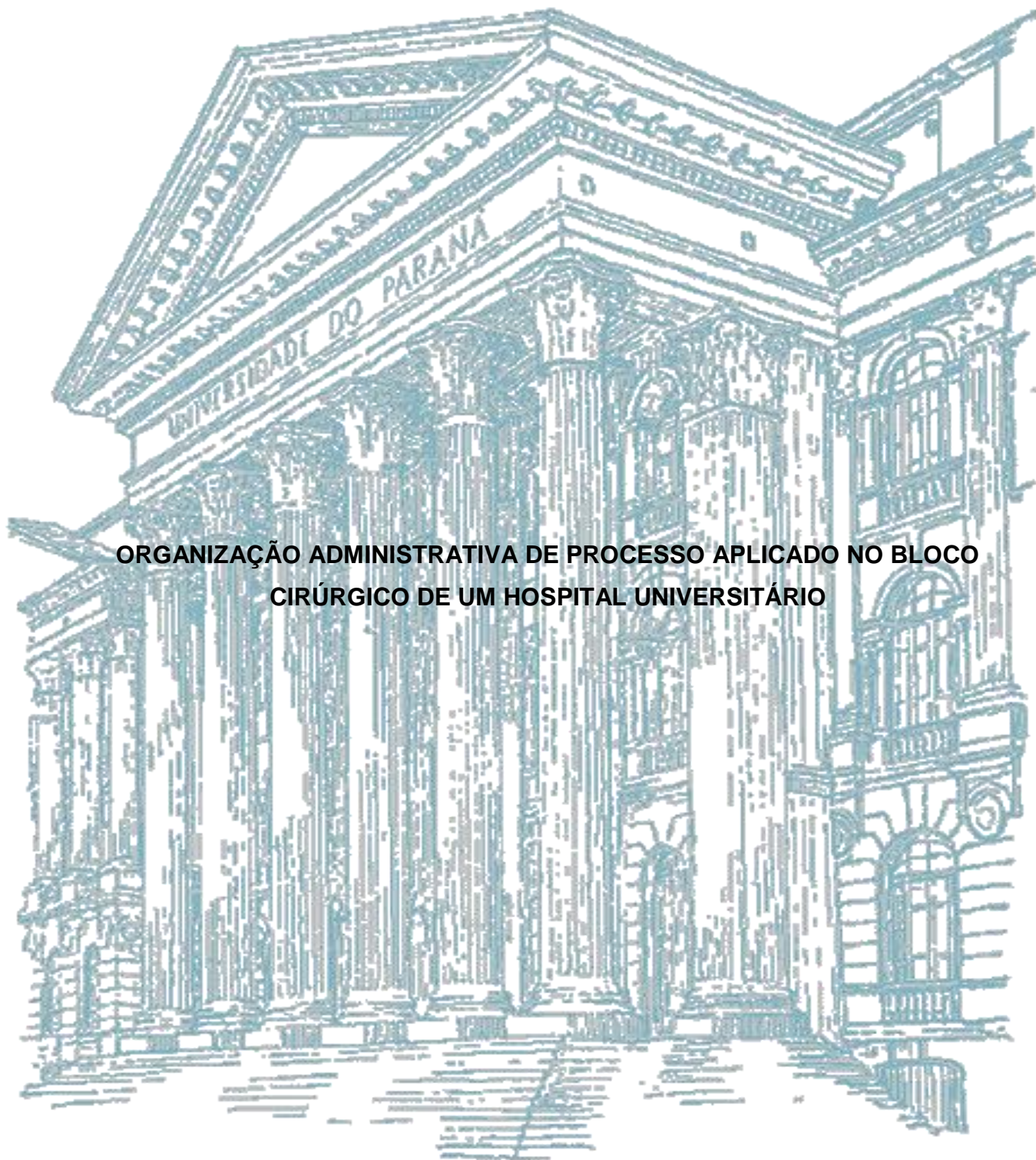


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANTONIO MARCOS DE OLIVEIRA



**ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA DE PROCESSO APLICADO NO BLOCO
CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

CURITIBA

2017

ANTÔNIO MARCOS DE OLIVEIRA

**ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA DE PROCESSO APLICADO NO BLOCO
CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Monografia apresentada ao Departamento de Ciências Contábeis, do Setor de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Federal do Paraná, para obtenção de título de Especialista em MBA em Auditoria Integral.

Orientador: Prof. Dr. Blênio Cezar Severo Peixe

CURITIBA

2017

*Dedico este trabalho à minha a minha esposa Madalena e a minha
filha Maiara, pelo apoio, paciência e compreensão de sempre.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, professor Dr. Blênio Cezar Severo Peixe, pelo incentivo, paciência e pela importante contribuição no desenvolvimento e finalização deste trabalho.

Ao Departamento de Contabilidade / Pós Graduação da Universidade Federal do Paraná, pela organização do Curso MBA em Auditoria Integral sob a coordenação do professor Blênio Cezar Severo Peixe. Que disponibilizou a estrutura necessária, funcionários, material didático e professores qualificados e competentes para a melhor transmissão dos conhecimentos repassados.

A minha esposa, Maria Madalena Saraiva de Oliveira e a minha filha, Maiara Saraiva de Oliveira, pelo apoio e compreensão nas minhas ausências do convívio familiar. Ambas foram essenciais para o cumprimento das metas pessoais dispensadas na conclusão deste novo curso de especialização. Principalmente nos momentos de maior dificuldade e preocupação.

A todos que de uma forma geral no decorrer de minha vida despertaram o desejo e disposição pela continuidade no desenvolvimento pessoal, educacional e profissional.

De forma especial e simples agradeço a Deus pelo dom da vida e pela capacidade de abrir as portas necessárias. Além de proporcionar o impulso para seguir em frente a superar os desafios e dificuldades presentes nesta caminhada.

E por fim agradeço a Universidade Federal do Paraná por ter me acolhido mais uma vez. Esta instituição de ensino é uma das referências nacional e internacional na produção do conhecimento científico e na formação de cidadãos. Em um passado não muito distante, esta mesma casa proporcionou-me o imenso privilégio em poder estudar e graduar-me. E agora suas portas se abrem novamente para receber-me em uma nova formação no campo da Especialização/MBA.

*“Não se gerencia o que não se mede,
não se mede o que não se define,
não se define o que não se entende,
e não há sucesso no que não se gerencia”.*

(William Edwards Deming)

RESUMO

Este estudo tem por objetivo evidenciar as etapas e verificar como se deu o processo de Organização Administrativa de Processo Aplicado no Bloco Cirúrgico de um Hospital Universitário, no período de junho de 2015 a junho de 2016. Como parte integrante deste estudo, o pesquisador foi o Coordenador Administrativo nomeado por sua direção, responsável pela realização e implantação da organização administrativa e de processo aplicado no Bloco Cirúrgico de um grande hospital universitário filantrópico em atividade na cidade de Curitiba. O mesmo disponibiliza a maioria de seus atendimentos voltados para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Pretende-se analisar documentos pertencentes ao bloco cirúrgico e o emprego de técnicas administrativas e contábeis. Além do uso de estatísticas para comparar resultados e subsidiar a análise e conclusão final. O bloco cirúrgico se constitui em uma importante unidade de produção. Que somado à Unidade de Terapia Intensiva, representam a maioria das receitas produzidas por esta instituição hospitalar. Devido à importância na participação e composição nas receitas, a direção desta instituição hospitalar de forma estratégica, nomeou um Coordenador Administrativo que possui formação em Gestão Hospitalar, para realizar de forma imparcial e sem conflito de interesses, a coordenação administrativa desta unidade de produção. Visando a manutenção dos interesses estabelecidos, em particular, no aumento das cirurgias de Alta Complexidade (AC), redução no cancelamento de cirurgias, reorganização de processos, controle e comunicação com todos profissionais que atuam no Bloco. Além da integração com as demais áreas de apoio do hospital. E desenvolvimento de projeto para disponibilização de novas salas cirúrgicas, com renovação do parque tecnológico. Visando o suporte necessário para à realização de cirurgias de alta complexidade (AC). Além de outros procedimentos cirúrgicos. Em conformidade com as metas contratuais estabelecidas entre o hospital e a Secretaria Municipal de Saúde. Que exerce o papel de gestora municipal dos recursos financeiros destinados à manutenção desta instituição hospitalar.

Palavras-chave: Organização administrativa, controles, processos, poupança, saúde, redução de custos, centro cirúrgico.

ABSTRACT

This study aims to demonstrate the steps and verify how the process of Administrative Organization of Applied Process in the Surgical Block of a University Hospital occurred in the period from June 2015 to June 2016. As an integral part of this study, the researcher was the Administrative Coordinator appointed by His direction, responsible for the implementation and implementation of the administrative and process organization applied in the Surgical Block of a large philanthropic university hospital operating in the city of Curitiba. It also provides the majority of its services to users of the Unified Health System (SUS). The aim is to analyze documents belonging to the surgical block and the use of administrative and accounting techniques. In addition to using statistics to compare results and subsidize the analysis and final conclusion. The surgical block is an important production unit. That in addition to the Intensive Care Unit, represent the majority of the revenues produced by this hospital institution. Due to its importance in the participation and composition of revenues, the management of this hospital institution strategically appointed an Administrative Coordinator who has training in Hospital Management, to carry out the administrative coordination of this production unit impartially and without conflict of interest. Aiming at maintaining the established interests, in particular, in the increase of High Complexity (CA) surgeries, reduction in the cancellation of surgeries, reorganization of processes, control and communication with all professionals who work in the Block. In addition to the integration with the other support areas of the hospital. And project development for the provision of new surgical rooms, with renovation of the technology park. Aiming at the support needed to perform high complexity (CA) surgeries. In addition to other surgical procedures. In accordance with the contractual goals established between the hospital and the Municipal Health Department. That exercises the role of municipal manager of the financial resources destined to the maintenance of this hospital institution.

Keywords: Administrative organization, controls, processes, savings, health, cost reduction, surgical center.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – MODELO PORTER ADAPTADO - FORÇAS COMPETITIVAS.....	18
FIGURA 2 – O CÍRCULO VIRTUOSO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	20
FIGURA 3 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO PONTO DE EQUILÍBRIO	34
FIGURA 4 - ORGANOGRAMA DE FUNCIONAMENTO DO BLOCO CIRURGICO..	46
FIGURA 5 - FLUXOGRAMA PARA DEMARCAÇÃO CIRÚRGICA – BLOCO CIRÚRGICO	59
FIGURA 6 – VISÃO GERAL DOS INDICADORES DO BLOCO CIRÚRGICO.....	72
FIGURA 7 – VISÃO GERAL DOS INDICADORES EM GRÁFICOS.....	73
FIGURA 8 – SISTEMA DE INDICADORES DO BLOCO CIRÚRGICO.....	73
FIGURA 9 – INTEGRAÇÃO DOS SETORES DE APOIO DO HOSPITAL.....	74

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – EVOLUÇÃO DO CANCELAMENTO DE CIRURGIAS (CCG)	49
QUADRO 2 – EVOLUÇÃO DO CANCELAMENTO DE CIRURGIAS (CCO)	50
QUADRO 3 – EVOLUÇÃO DO CANCELAMENTO DE CIRURGIAS (CCQ)	52
QUADRO 4 – CÁLCULO DO COEFICIENTE DE VARIAÇÃO – 2014 – 2015	53
QUADRO 5 – CÁLCULO DO COEFICIENTE DE VARIAÇÃO – 2015 – 2016	54
QUADRO 6 – CÁLCULO DO COEFICIENTE DE VARIAÇÃO – 2014 – 2016	54
QUADRO 7 – DRE – BLOCO CIRÚRGICO – JUNHO 2015 / JUNHO 2016	70

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – EVOLUÇÃO DOS VALORES DE PACOTES NO CCQ	68
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

GRAFICO 1 - MOVIMENTO DE AIH'S DE ALTA COMPLEXIDADE POR VALORES – NOV 2015	47
GRAFICO 2 – CIRURGIAS CANCELADAS NO CCG – 2014 / 2015	49
GRAFICO 3 – CIRURGIAS CANCELADAS NO CCG – 2015 / 2016	50
GRAFICO 4 – CIRURGIAS CANCELADAS NO CCO – 2014 / 2015	51
GRAFICO 5 – CIRURGIAS CANCELADAS NO CCO – 2015 / 2016	51
GRAFICO 6 – CIRURGIAS CANCELADAS NO CCQ – 2014 / 2015	52
GRAFICO 7 – CIRURGIAS CANCELADAS NO CCQ – 2015 / 2016	53
GRAFICO 8 – DIFERENÇAS COEFICIENTES (CV) 2014/2015 E 2015/2016	54
GRAFICO 9 – EVOLUÇÃO DOS PACOTES - JAN 2016 À DEZ 2016	69

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AC	- Alta Complexidade
AIH	- Autorização de Internação Hospitalar
CCQ	- Centro Cirúrgico de Queimados/Plástica
CCG	- Centro Cirúrgico Geral
CCO	- Centro Cirúrgico Obstétrico
CV	- Coeficiente de Variância
DRE	- Demonstração do Resultado do Exercício
EAS	- Estabelecimento de Assistência à Saúde
HD	- Hospital Dia
MC	- Média Complexidade
MS	- Ministério da Saúde
NIR	- Núcleo Interno de Regulação
OPME	- Órteses, Próteses e Materiais Especiais
POP	- Procedimento Operacional Padrão
P S	- Pronto Socorro
REPAE	- Sala de Recuperação Pós Anestésica
SCIH	- Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCI	- Termo de Consentimento Informado
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
1.1 CONTEXTO E PROBLEMA	5
1.2 OBJETIVOS	5
1.3 JUSTIFICATIVA	7
1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO	8
2 REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA	9
2.1 MODELO DE GESTÃO E ADMINISTRAÇÃO DOS HOSPITAIS	10
2.1.1 Processos Administrativos nos Hospitais	12
2.1.2 Funções da Administração no Ambiente Hospitalar	12
2.1.3 Papel dos Gestores na Administração Hospitalar	13
2.1.4 Desafios do Administrador Hospitalar	14
2.2 AMBIENTE ORGANIZACIONAL HOSPITALAR	15
2.2.1 Objetivos Organizacionais nos Serviços de Saúde	16
2.2.2 Usuários da Área de Saúde	16
2.2.3 Concorrentes pela Prestação de Serviços	17
2.2.4 Fornecedores Especializados na Área de Saúde	19
2.2.5 Governos e os Modelos de Remuneração para os Serviços de Saúde	21
2.2.6 Objetivos Sociais e Econômicos	23
2.3 ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAS NO AMBIENTE HOSPITALAR	24
2.3.1 Gestão de Pessoas em Serviços de Saúde	25
2.3.2 Recrutamento de Recursos Humanos para Atuação no Bloco Cirúrgico	25
2.3.3 Treinamentos sobre Processos Hospitalares	26
2.3.4 Turnover no Ambiente Hospitalar	26
2.3.5 Colaboradores e suas Competências nas Organizações de Saúde	26
2.4 CONTROLE ADMINISTRATIVO E PRODUÇÃO HOSPITALAR	27
2.4.1 Papel da Controladoria no Processo de Gestão	28
2.4.2 Controles Administrativos na Unidades Hospitalares	29
2.4.3 Controle Voltado aos Setores Produtivos no Ambiente Hospitalar	29
2.4.4 Importância dos Gestores na Administração de Recursos	30
2.4.5 Qualidade e Processos Voltados a Segurança do Paciente	30
2.4.6 Comunicação no Ambiente Hospitalar	31
2.4.7 Interesses Divergentes nas Instituições Hospitalares	32

2.4.8 Processo de Tomada de Decisões no Ambiente de Saúde	32
2.4.9 Uso de Indicadores de Desempenho e Resultados nas Unidades Hospitalares	32
2.4.10 Desafio da Eliminação de Desperdícios no Ambiente Hospitalar	33
2.4.11 Necessidade de Obtenção do Ponto de Equilíbrio nas Instituições Hospitalares	34
2.4.12 Uso da Tecnologia da Informação nas Organizações Hospitalares	35
2.4.13 O Planejamento Estratégico nas Organizações Hospitalares	35
2.4.14 Estrutura de Custos Aplicada em Ambiente Hospitalar	36
3 METODOLOGIA	38
3.1 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	38
3.1.1 Quanto à Abordagem do Problema	38
3.1.2 Quanto aos Objetivos da Pesquisa	39
3.1.3 Quanto aos Procedimentos da Pesquisa	40
3.2 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA, COLETA E ANÁLISE DE DADOS	40
4 RESULTADOS / ANÁLISE DE DADOS	43
4.1 APRESENTAÇÃO	43
4.1.1 Organização do Processo Produtivo com Ênfase no Aumento de Realização de Cirurgias de Alta Complexidade	45
4.1.2 Redução no Cancelamento de Cirurgias Agendadas no Mapa Cirúrgico	47
4.1.3 Estatísticas do Cancelamento de Cirurgias no Bloco Cirúrgico	48
4.1.4 Cálculo do Coeficiente de Variação (CV) – Cirurgias Canceladas	53
4.2 ORGANIZAÇÃO DO FLUXO DAS SALAS CIRÚRGICAS	55
4.2.1 Disponibilização do Mapa Cirúrgico para os Setores de Apoio do Hospital	55
4.2.2 Implantação do Protocolo de Cirurgia Segura	56
4.2.3 Rotinas de Manutenção de Equipamentos Biomédicos	60
4.2.4 Ameaças para o Bloco Cirúrgico	62
4.2.5 Oportunidades para o Bloco Cirúrgico	62
4.3 READEQUAÇÃO DO AGENDAMENTO CIRÚRGICO	63
4.3.1 Implantação de Melhorias no Bloco Cirúrgico	64
4.3.2 Elaboração de Processo para Montagem de uma Nova Sala Cirúrgica	64

4.3.3 Cumprimento das Metas Contratuais de Produção Cirúrgica Estabelecidas e Pactuadas com a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba – Média e Alta Complexidade	65
4.4 CRIAÇÃO E MONITORAMENTO DE INDICADORES DE PRODUÇÃO	67
4.4.1 Núcleo de Regulação Interna (NIR).....	67
4.4.2 Implementação de Projeto para Montagem de 3 (Três) Leitos de REPAE (Recuperação Pós Anestésica) no CCQ (Centro Cirúrgico de Queimados)	67
4.4.3 Demonstração de Resultado do Exercício (DRE) do Bloco Cirúrgico	69
4.5 DADOS E INDICADORES PARA CONTROLE E MONITORAMENTO DA PRODUÇÃO	70
4.5.1 Inteiração nas Demais Áreas e Setores de Apoio do Hospital.....	73
4.5.2 Diretoria de Operações	74
4.5.3 Contatos Mantidos entre a Equipe Médica e Demais Profissionais	75
4.6 ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	75
4.6.1 Cancelamento de Cirurgias no Bloco Cirúrgico	76
4.6.2 Controle de Indicadores e Cumprimento de Metas de Produção.....	76
4.6.3 Redução de Custos e Integração com Outros Setores do Hospital	77
5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	78
REFERÊNCIAS	80
APÊNDICE 1 – MODELO DO PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA.....	83
APÊNDICE 2 – PROTOCOLO ADAPTADO AO CENTRO CIRÚRGICO OBSTÉTRICO (CCO)	84

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTO E PROBLEMA

Um dos maiores desafios nos tempos atuais é poder disponibilizar saúde e qualidade em atendimento as necessidades e demandas crescentes da população. Embora esta não seja uma realidade exclusiva do Brasil, o processo de ordenamento e funcionamento do sistema de saúde, necessita além de aportes financeiros constantes e condizentes levando-se em consideração as necessidades do setor, providos pelos entes: Federal, Estadual e Municipal, de uma melhor gestão administrativa, financeira e de processos devidamente alinhados aos objetivos das instituições de saúde, no que se refere a sua atividade fim e mantenedora.

Todos os setores a serviço de uma entidade hospitalar precisam trabalhar de forma harmônica e sincronizada aos objetivos da instituição hospitalar, para que a mesma possa cumprir suas obrigações contratuais, no que se refere a prestação de serviços e metas a serem atingidas, para viabilização do repasse de recursos financeiro pactuado entre as partes.

Nesta linha busca-se verificar os efeitos e resultados obtidos por consequência da implantação de um processo de organização administrativa e reordenamento de produção, implantada no período de junho de 2015 a junho de 2016, em um bloco cirúrgico de uma instituição hospitalar filantrópica objeto deste estudo. Conforme o contexto exposto, a questão de pesquisa que se deseja investigar é a seguinte:

Como se deu a implantação de um processo de organização administrativa e reordenamento de produção cirúrgica no bloco cirúrgico de hospital filantrópico em atividade na cidade de Curitiba no período de junho de 2015 a junho de 2016?

1.2 OBJETIVOS

Conforme Beuren (2009, p. 51), “É de fundamental importância a definição da perspectiva em relação à qual o objeto será tratado”. Já Lakatos e Marconi (2000, p. 139) afirmam que “o objetivo da formulação do problema da pesquisa é torná-lo individualizado, específico, inconfundível.”

Para Rudio (1986, p. 94), a formulação de um problema refere-se na apresentação de forma, explícita, clara, compreensível e operacional. Apresentando as dificuldades que se pode defrontar, e que se pretende resolver, reduzindo o espaço e demonstrando as características.

- Objetivo Geral

Pretende-se evidenciar as etapas de implantação de um processo de organização administrativa e reordenamento de produção cirúrgica no bloco cirúrgico de hospital filantrópico na cidade de Curitiba, no período de junho de 2015 a junho de 2016.

- Objetivos Específicos

A análise de documentos internos a serem consultados no bloco cirúrgico do hospital universitário filantrópico, deseja-se evidenciar as etapas, efeitos, consequências e resultados propiciados a esta instituição hospitalar, tendo em vista processo de organização administrativa e produtiva implantada no período de junho de 2015 a junho de 2016 neste serviço hospitalar. Portanto, as etapas a serem exploradas são:

a) Contextualizar o uso da contabilidade e enfatizar sua aplicabilidade por meio de da realização de uma contabilidade de custos, voltada à gestão de um bloco cirúrgico de uma entidade hospitalar filantrópica. Ressaltando o uso da controladoria, focada no processo decisório;

b) Discorrer sobre técnicas de Administração de recursos humanos, como instrumento para organização do quadro funcional de empregados e demais profissionais atuantes no bloco cirúrgico;

c) Descrever procedimentos administrativos e de produção adotados para processo de organização administrativa implantada no bloco cirúrgico no período de junho de 2015 a junho de 2016;

d) Verificar os resultados obtidos através da organização administrativa de processo aplicado no bloco cirúrgico de hospital universitário no período de junho de 2015 a junho de 2016.

1.3 JUSTIFICATIVA

Do ponto de vista teórico conceitual, prático aplicado e social contribuição Beuren (2009, p. 65-66), destaca a relevância da pesquisa a que se propõe. A relevância pode estar relacionada à área em que está buscando sua formação acadêmica, à área de atuação profissional, à sociedade em geral.

A **relevância** do estudo de caso a ser percorrido oferece contribuições, quanto à importância do uso de ferramentas de gestão, como: contabilidade de custos, controladoria e técnicas de administração, que podem ser aplicáveis a diversos ramos de negócios. Em especial, no ramo da saúde, no que se refere a um bloco cirúrgico, por meio de da implantação de um processo de organização administrativa aplicado a um bloco cirúrgico de um hospital universitário, em que foram utilizadas técnicas e ferramentas de gestão citadas.

Beuren entende que:

Que se os critérios utilizados para a escolha do tema de pesquisa forem à relevância, a exequibilidade, a oportunidade e a adaptabilidade ao conhecimento do estudante, pode-se também, na justificativa do estudo, explicar cada um desses elementos à luz da proposta de pesquisa. Para fundamentar cada um desses critérios, recomenda-se consultar revistas e sites eletrônicos que tratem do assunto tema, pois estes geralmente contemplam assuntos atuais (inclusive estatísticas), polêmicos e controversos, principalmente para justificar a relevância e a oportunidade de abordar o tema escolhido. (BEUREN, 2009, p. 66).

Neste estudo de caso pretende-se consultar obras que tratam de contabilidade gerencial, contabilidade de custos, controladoria e Administração. Por meio de documentos internos como: relatórios gerenciais, planilhas de controles de custos e demais documentos pertencentes ao bloco cirúrgico de um hospital universitário.

A **oportunidade** segundo Andrade (2002) diz respeito à atualidade do tema e às condições propícias para sua investigação naquele momento.

A organização administrativa de processo aplicado a um bloco cirúrgico de um hospital universitário no período de junho de 2015 a junho de 2016 deu-se pela necessidade de organizar processos e direcionar o foco produtivo e ênfase na: otimização e melhor utilização de salas cirúrgicas, reorganização do agendamento cirúrgico, cumprimento da ordem apresentada no mapa cirúrgico confeccionado diariamente, redução no cancelamento de cirurgias e por fim foco no aumento da

produção cirúrgica de procedimentos de Alta Complexidade oriundos do Sistema Único de Saúde (SUS) e demais planos de saúde atendidos neste serviço hospitalar.

Já a **adaptabilidade** segundo Andrade (2002) implica considerar o conhecimento empírico e/ ou teórico do pesquisador. Além desses aspectos citados, destaca a importância da abordagem do tema sob um ponto de vista inovador e original.

No estudo de caso a ser investigado, o pesquisador em questão foi o Coordenador Administrativo nomeado pela Diretoria de Operações, Diretoria Técnica e Diretoria Geral da instituição hospitalar, para ser o responsável pela implantação da organização administrativa de processo aplicado ao bloco cirúrgico no período de junho de 2015 a junho de 2016.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

O desenvolvimento desta pesquisa foi estruturado em cinco seções, as quais serão devidamente especificadas para melhor compreensão do resultado.

A primeira seção refere-se a introdução, a qual descreve o tema e do problema de pesquisa, os objetivos geral e específico e os motivos que justificam o desenvolvimento deste estudo.

A segunda seção trata da revisão teórica – empírica com a abordagem de autores, literaturas, informações e textos consultados para o melhor desenvolvimento da pesquisa.

A terceira seção trata da metodologia que apresenta o enquadramento da pesquisa de acordo com a abordagem utilizada no que se refere aos objetivos, procedimentos, amostra e coleta de dados e ao problema.

A quarta seção destina-se às considerações finais e traz avaliação de resultados e análise de dados da pesquisa desenvolvida.

A quinta e última seção apresenta as referências e todas as fontes consultadas na realização e desenvolvimento da pesquisa e estudo proposto.

2 REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

A Constituição Federal de 1988 determina que as três esferas de governo – federal estadual e municipal – financiem o Sistema Único de Saúde (SUS), gerando receita necessária para custear as despesas, ações e serviços públicos de saúde. Planejar este financiamento, promovendo arrecadação e repasse necessários de forma a garantir a universalidade e integralidade do sistema, tem se mostrado, no entanto, uma questão bem delicada. As restrições orçamentárias para o setor – sobretudo a falta de recursos nos municípios – e a necessidade premente de superá-las transformam as discussões sobre financiamento como principal pauta na agenda dos movimentos sociais e políticos que atuam em defesa do SUS.

Por esta razão a gestão de estabelecimentos de saúde tem se constituído um desafio constante para seus administradores. Que se deparam diariamente com problemas relacionados a fluxos de caixa e receitas insuficientes para fazer frente aos constantes aumentos de custos neste setor. Além das frequentes mudanças tecnológicas, que muitas vezes são incorporadas aos serviços de saúde, sem que haja uma remuneração compatível para fazer frente aos custos de implantação e utilização.

Os percentuais de investimento financeiro dos municípios, estados e União no SUS são definidos atualmente pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional 29. Por esta lei, municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde cabendo aos estados 12%. No caso da União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da lei orçamentária anual.

Além da inflação existente neste setor, a maioria dos insumos utilizados são cotados em moeda estrangeira (dólar), e dependendo das cotações verificadas, contribuem para o aumento dos custos operacionais.

No caso do Bloco Cirúrgico, os problemas relacionados as receitas são mais agravados. Tendo em vista que mais de 95% de suas receitas são obtidas por meio do SUS (Sistema Único de Saúde). Que há anos não promove reajustes em suas tabelas, para possibilitar que haja um equilíbrio compatível para fazer frente a seus

custos operacionais de manutenção em relação aos serviços prestados.

No intuito de melhorar o desempenho produtivo e organização administrativa no Bloco Cirúrgico, que somado as Unidades de Terapia Intensiva se constituem como as principais fontes de receitas da instituição hospitalar, se fez necessário a implantação de uma Coordenação Administrativa, voltada para administração específica desta unidade. Fez-se necessário a utilização de ferramentas de gestão como: controles internos, técnicas de administração, contabilidade de custos e sistemas de informações, que utilizadas de forma conjunta permitem uma gestão mais equilibrada, voltada a manutenção e funcionamento dos serviços de saúde, compatíveis entre as receitas obtidas nesta unidade de produção cirúrgica.

Neste sentido, para efetuar o referencial teórico proposto, o pesquisador deste trabalho acadêmico pretende discorrer sobre literaturas disponíveis, voltadas as áreas de administração, controladoria, gestão hospitalar, contabilidade de custos e sistemas de informações. Para evidenciar o uso de uma controladoria interna, capaz de permitir o funcionamento adequado dos serviços de saúde, em especial de um Bloco Cirúrgico, objeto deste estudo.

2.1 MODELO DE GESTÃO E ADMINISTRAÇÃO DOS HOSPITAIS

Para Maximiano (2000, p. 26) administração significa lugar, ação. O mesmo cita também que administração é um processo de tomar decisões e realizar ações que compreende quatro processos principais interligados: planejamento, organização, execução e controle.

Os processos administrativos são também chamados de funções administrativas ou funções gerenciais. Demais processos ou funções importantes, como coordenação, direção, comunicação e participação, contribuem para a realização dos quatro processos principais (Planejamento, Organização, Direção e Controle). Os professores e doutores Christensen, Grossman e Hwang entendem que há três tipos de modelo de gestão:

Os centros resolutivos, as organizações com processos que agregam valor e as redes facilitadoras. As duas principais instituições prestadoras de serviços de saúde – os hospitais gerais e os procedimentos – surgem originalmente como centros que agregam valor e atividades de redes de usuários. Disso resultam instituições complexas – alguns diriam confusas – cujas despesas, em grande parte, são de atividades indiretas, e não do tratamento direto do paciente. Para que cada um desses modelos de gestão funcione apropriadamente, eles precisam ser separados da forma mais pura possível. (CHRISTENSEN, GROSSMAN e HWANG, 2009, p. 16).

Maximiano (2000, p. 27) afirma que: “entender a administração como um processo que se compõe de novos processos ou funções essencial do chamado enfoque funcional”.

Os professores Christensen, Grossman e Hwang indagam:

Porque os hospitais são tão caros? O paradigma organizacional do hospital geral estava incorporado a uma época denominada pela medicina intuitiva. De fato, o hospital era inteira e essencialmente um centro resolutivo. Mas os hospitais de hoje diferem consideravelmente daqueles. À medida que o progresso tecnológico e científico possibilitou a criação de processos e tratamentos padronizados para distúrbios diagnosticados com precisão, os hospitais passaram a reunir, dentro da mesma instituição, processos que agregam valor e atividade de centro resolutivo, resultando em algumas das instituições mais intratáveis, do ponto de vista administrativo, a figurar nos anais do capitalismo. (CHRISTENSEN; GROSSMAN e HWANG, 2009, p. 107).

O bloco cirúrgico em estudo funcionava anteriormente sobre o comando de médicos e enfermeiros que se dedicavam exclusivamente a assistência prestada aos pacientes atendidos por este serviço. No entanto devido à complexidade e importância do funcionamento e relevância na receita final desta instituição, a Direção Operacional do período recorrido, optou por nomear um coordenador administrativo, dotado de experiência e especialização comprovada em gestão hospitalar, para executar o papel de organizador deste serviço. O qual precisou trabalhar de forma direta com todos os profissionais que atuam neste importante serviço, que somado ao funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva, respondem por mais de 80% da receita financeira final total desta instituição hospitalar.

Como reflexos da administração a organização de processos e fluxos de trabalho, seria necessário e fundamental que este serviço funcionasse de forma organizada e coordenada. Para contribuir de forma significativa, visando o resultado financeiro esperado pela direção geral desta instituição hospitalar. Principalmente

com ênfase no incremento e aumento de receitas financeiras provenientes da realização de procedimentos cirúrgicos de Alta Complexidade.

2.1.1 Processos Administrativos nos Hospitais

Segundo Robbins (2002, p. 31) “uma organização é um conjunto de duas ou mais pessoas que cumprem papéis formais e compartilham de um propósito comum”. Segundo o autor, para que haja desenvolvimento em uma organização é necessário criar regras, regulamentos, definir equipes, identificar líderes formais e atribuir aos mesmos à autoridade necessária para o comando dos demais membros.

Robbins (2002, p. 31) afirma que “um negócio se torna uma organização quando estabelece objetivos específicos, empregando mais de uma pessoa no desenvolvimento estrutural formal e definido as relações entre seus comandados”.

Os professores Christensen, Grossman e Hwang (2009, p. 108) afirmam que “atividades com processos que agregam valor compreendem modelo semelhante de gestão adotado por hospitais gerais. No intuito de corrigir problemas identificados por diagnósticos”.

Os processos de negócios são ativos da empresa, assim como os recursos humanos, as facilidades disponíveis e as informações. Bem gerenciados, eles trarão retorno na forma de melhor desempenho da organização. (BURTLTON, 2001, p. 398). Sendo que os mesmos são componentes da gestão do conhecimento aplicada a gestão por processos.

Para Caravantes, Kloeckner (2005, p. 251) processo é a transformação de um conjunto de inputs (entradas), que podem incluir ações, métodos e operações em outputs (saídas) que satisfazem as expectativas do cliente de modo geral.

2.1.2 Funções da Administração no Ambiente Hospitalar

Segundo Robbins (2002, p. 33) “o uso das funções da administração como maneira de classificar o cargo de gerente é bastante difundido. Costuma-se condensá-las em: planejamento, organização, liderança e controle”.

“O planejamento abrange a definição de metas de uma organização, estabelecimento de uma estratégia global e o desenvolvimento de uma hierarquia

completa de planos para integrar e coordenar as atividades.” (ROBBINS, 2002 p. 33).

“A liderança é a tarefa gerencial de dirigir pessoas e coordená-las.” (ROBBINS, 2002 p. 33).

Conforme o autor a direção ou liderança se dá quando gerentes motivam funcionários. Além de dirigirem atividades iguais. E contribuindo para solucionar conflitos entre seus comandados.

Para Robbins (2002, p. 33) “O controle constitui-se em um processo de monitorar, comparar e corrigir”. No entanto o autor mencionado afirma que este processo ocorre após a definição e fixação de metas, planos formulados, arranjos estruturais e com a contratação de pessoas treinadas e motivadas. Serve para garantir que os processos caminhem bem. Sendo que a administração precisa acompanhar o desempenho de uma organização.

2.1.3 Papel dos Gestores na Administração Hospitalar

Instituições hospitalares são organizações complexas para administração, no que tange a diversidade e variedade de serviços prestados de forma operacional. Neste sentido há necessidade da disponibilização de profissionais capacitados para exercerem papel de gestão e liderança nas várias áreas que compõem as instituições hospitalares.

Em especial nos principais setores que são responsáveis pelo provimento de boa parte da receita auferida por estas instituições, em detrimento da prestação de serviços de saúde. Possui uma extensa divisão de trabalho especializado, coordenado hierarquicamente conforme seus princípios e métodos. (TEIXEIRA et al, 2006; BRASIL, 2011; GRABOIS, FERREIRA, 2009).

Nesta linha Leonel e Duran se posicionam quanto ao papel dos administradores, quanto a relevância do trabalho a ser efetuado:

As organizações de saúde na moderna gestão permeiam pela necessidade de mudanças devido à globalização do conhecimento, novas tecnologias, o fácil acesso as informações e melhorias das condições de vida da população, dar-se-ão a exigências contínuas com isso melhorar os recursos e ter profissionais melhores preparados para garantir o sucesso organizacional tratando de assuntos que satisfaçam seus clientes, garanta a confiança, lembrança por bom atendimento, qualidade e que viabilize mecanismos e estratégias dentro das organizações de saúde e, para atender todos esses requisitos, surge o “Administrador Hospitalar”, com novos conceitos em administração nas instituições de saúde. Conforme os autores mencionados o papel dos administradores hospitalares consiste em: Planejar, Liderar, Dirigir e Controlar, as organizações de saúde são as empresas que mais sofrem com a má gestão, no entanto estão centralizadas nas mãos dos próprios proprietários e grupos detentores de sua propriedade. (LEONEL e DURAN, 2015, p. 113 e 114).

2.1.4 Desafios do Administrador Hospitalar

O papel dos administradores hospitalares transcendem a atuação em ambientes semelhantes, ondem a atuação e trabalho destes profissionais é fundamental para a organização e bom desempenho das organizações. Como já mencionado anteriormente hospitais são organizações complexas do ponto de vista da administração. Tendo em vista a variedades de serviços ofertados, bem como a atuação de várias categorias profissionais que necessitam trabalhar de forma harmônica e conjunta para a melhor prestação de serviços destas instituições.

Neste sentido o papel do administrador hospitalar é fundamental. Tendo em vista que o mesmo tem o desafio de trabalhar de forma conjunta entre os demais profissionais atuantes nas instituições hospitalares. Sendo estes profissionais de diferentes categorias como: Médicos, psicólogos, nutricionistas, enfermeiros, fisioterapeutas, etc. Que justos atuam de forma especificas em suas áreas de trabalho. Sendo o trabalho destes profissionais de extrema importância para as instituições hospitalares onde atuam. Pois ambos têm o papel de fazer interfaces nas demais áreas, em conjunto com os demais profissionais que nestas áreas.

Segundo Lino, Gonçalves e Feitosa o administrador hospitalar além de papeis exercidos nas instituições hospitalares, tem a responsabilidade de exercer liderança e atuar frente a uma equipe multiprofissional ou multidisciplinar:

É o administrador hospitalar que lidera a equipe multiprofissional, sendo o responsável direto pelo adequado funcionamento e infra-estrutura hospitalar, para que os demais profissionais da saúde tenham condições físicas, materiais e humanas de cumprir suas obrigações profissionais. Além da infra-estrutura médico-hospitalar, outras dimensões do trabalho gerencial que englobam as pessoas, a estrutura, as tarefas, a tecnologia e o ambiente, que constituem os elementos básicos da administração, afetam diretamente as atividades dos administradores hospitalares no seu cotidiano e os impulsionam a um ritmo frenético de trabalho, sejam nos hospitais com fins lucrativos, sejam nos hospitais sem fins lucrativos, sendo que este trabalho reserva-se a estudar apenas a segunda opção. (LINO, GONÇALVES e FEITOSA, 2007 p. 7).

2.2 AMBIENTE ORGANIZACIONAL HOSPITALAR

Segundo Robbins (2002, p. 89) “o ambiente de uma organização é composto por forças e instituições externas a ela que podem afetar o seu desempenho”. No laboratório de análises clínicas, o ambiente influencia diretamente no seu desempenho. Seja nos atendimentos prestados, no que se refere ao aumento de clientes verificados a cada ano. Como no comportamento da economia, no que tange a inflação e nos aumentos verificados na moeda estrangeira “dólar”. Que afetam os custos dos insumos utilizados no processo de produção de exames laboratoriais.

Robbins (2002, p. 31) assim descreve que uma organização é como “um arranjo num propósito em comum”. O Centro Cirúrgico funciona em um regime de 24 horas, e possui três equipes de trabalho que atuam nos turnos da manhã, tarde e noite. Sendo que sem as “pessoas” não seria possível cumprir com seu papel no atendimento a demanda de exames laboratoriais a serem coletados e processados por este serviço.

Para Maximiano (2000) as organizações são uma constituição de grupos sociais que devidamente orientados, realizam objetivos ou finalidades, classificados como produtos ou serviços. O Centro Cirúrgico em funcionamento a serviço de um hospital Universitário filantrópico conveniado ao Sistema Único de Saúde e demais planos de saúde conveniados a este hospital, recebe demandas cirúrgicas das mais variadas naturezas. Com atendimento a demandas internas de pacientes internados, e demandas externas provenientes de pacientes ambulatoriais ou do regime de urgência e emergência. Por meio da aplicação de classificação de risco, em pacientes recebidos do SIATE (Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência) e SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência).

Para Kaplan e Norton processos de gestão operacional podem ser entendidos como:

Ações para produzir e entregar bens e serviços para clientes. Durante certo período, em fins do século XX, muitos acadêmicos e empresas entendiam que a gestão operacional era componente mais importante de qualquer estratégia organizacional. Inspirados pelos resultados notáveis alcançados por alguns fabricantes japoneses, nas indústrias de transporte, eletrônica e óptica, a maioria das empresas atribui alta prioridade ao redesenho, reengenharia e melhoria contínua de seus processos operacionais críticos. (KAPLAN E NORTON, 2004, p. 66).

2.2.1 Objetivos Organizacionais nos Serviços de Saúde

As organizações possuem objetivos de curto e longo prazo que segundo Maximiano (2002), também podem ser intitulados como missões ou negócios. O Centro Cirúrgico trabalha atualmente com foco em objetivos de curto prazo, no que tange a produção cirúrgica. Sempre priorizando o atendimento cirúrgico de urgência e emergência, a ordem sequencial do mapa cirúrgico confeccionado diariamente pela Central de Agendamento Cirúrgico.

Para Kaplan e Norton (2004) o capital organizacional potencializara a integração do modo de cada ativo intangível humano sendo que o capital da informação integrara de forma conjunta para alcançar os objetivos estratégicos da organização

2.2.2 Usuários da Área de Saúde

As preferências e necessidades dos clientes podem variar. E essas variações podem comprometer a administração das organizações. (ROBBINS, 2002, p. 90). O Centro Cirúrgico procura prestar o melhor serviço no atendimento as demandas cirúrgicas, procurando atender seus pacientes levando-se em consideração toda segurança necessária e infraestrutura de apoio. Principalmente no que tange a necessidades específicas que requerem a realização de procedimentos cirúrgicos e retaguarda de leitos de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) para suporte em casos específicos de risco de vida.

A migração de clientes de planos de saúde, por questões de ordem econômica, demais fatores contribuem e propiciam o aumento na demanda de

atendimentos prestados no Centro Cirúrgico. Sendo que a cada dia também se verifica um aumento nos atendimentos prestados aos pacientes que optam pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como alternativa frente aos aumentos efetuados pelas operadoras de saúde, nos planos de saúde. E pela perda dos planos de saúde, em especial os planos empresariais.

Porter e Teisberg afirmam que:

A proposta de escolha de escolha por conta do consumidor enfatizam o papel dos empregadores no fornecimento de informações e poder de escolha a seus empregados, mas novamente, por intermédio de mecanismos dos planos de saúde. Contudo, sem atacar os atuais problemas estruturais de redes fechadas que impedem a escolher significativa de prestadores, a escolha pelo consumidor não afetará as decisões que mais influenciam o valor das assistências à saúde (PORTER e TEISBERG, 2007, p. 87).

2.2.3 Concorrentes pela Prestação de Serviços

Em um ambiente fixo, os concorrentes oferecem produtos e serviços no mesmo preço do dia anterior e provavelmente continuarão a oferecer este preço no próximo dia. As organizações sofrem em detrimento das mudanças de estratégias e com o surgimento de novos concorrentes. (ROBBINS, 2002, p. 90-91).

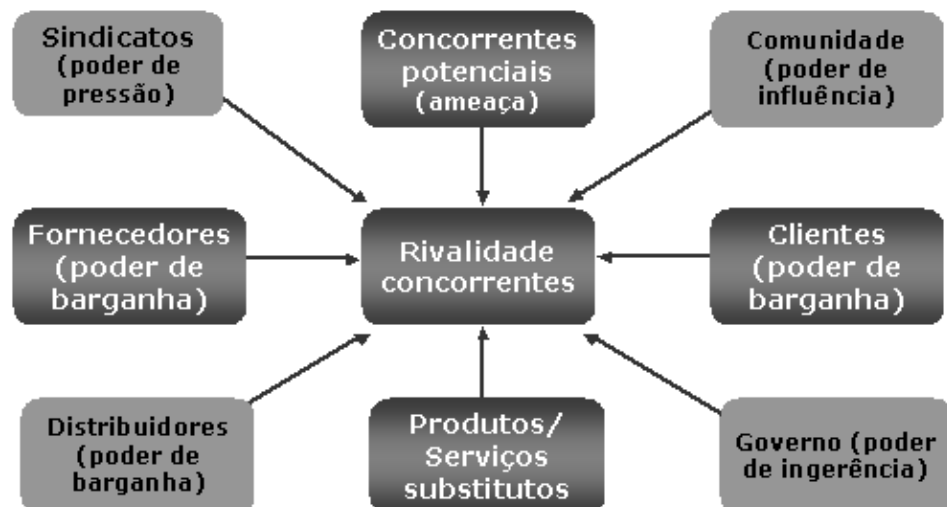
O Centro Cirúrgico atende a toda demanda de cirurgias recebidas no Bloco Cirúrgico. E devido à grande maioria de seus atendimentos serem efetuados a pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a concorrência neste seguimento acaba sendo pouco significativa. Porém algumas demandas que produzem procedimentos de alta complexidade proporcionam ganhos financeiros mais significativos na tabela de remuneração de procedimentos médicos. Que por consequência produzem maior concorrência no atendimento destas demandas em específico.

Para Porter e Teisberg há necessidade de uma mudança para a competição baseada em valor e imperativos para os provedores de serviços de saúde:

Muitos hospitais, por exemplo, se veem como no negócio de “hospitais” ou no negócio de “prestação dos serviços de saúde”, competindo com demais hospitais com base na sua oferta geral de serviços. Portanto uma definição mais ampla do negócio “assistência à saúde” é comum entre especialistas em políticas de saúde. Isso os leva a favorecer grandes sistemas de saúde, acreditando que a assistência é organizada melhor se combinados seguro e prestação de serviços de saúde em um sistema verticalmente integrado com linhas completas. (PORTER e TEISBERG, 2007, p. 146).

Portanto podemos considerar as chamadas “Forças de Porter” como exemplo para observação e concentração das ações na área de saúde para fazer frente a várias necessidades e ajustes a diversas situações que influenciam nos resultados das organizações de saúde como observado na figura apresentada:

FIGURA 1 – MODELO PORTER ADAPTADO - FORÇAS COMPETITIVAS



FONTE: ADAPTADO DE PAGNONCELLI, D.; VASCONCELLOS, F. (1992).

Assim Porter e Teisberg destacam em relação à competição pela prestação de serviços:

A competição de soma zero tem tratado a assistência à saúde como uma commodity, embora ela nada tenha de commodity. O sistema está estruturado como se a assistência à saúde fosse um único negócio (linha de serviços), em vez de muitos negócios diferentes; como se os prestadores fossem todos equivalentes, os resultados fossem sempre os mesmos e todos os pacientes tivessem as mesmas preferências. O resultado final tem sido promover mais como ditização e perpetuar, em vez de eliminar, as drásticas diferenças em qualidade e eficiência. Na competição baseada em valor, a maioria dos hospitais e grupos de médicos, manterá uma gama de linhas de serviços, mas deixará de tentar oferecer de tudo. A maioria das instituições deveria restringir a gama de condições de saúde atendidas, ou pelo menos os tipos de casos que buscam abordar. Algumas práticas poderão ser totalmente eliminadas, ao passo que outras poderão ser significativamente reorganizadas. Na maioria dos negócios, o bom senso manda concentrar-se em produtos e serviços que criem um valor singular. Entretanto, para muitos hospitais e demais prestadores de serviços de saúde, fazê-lo irá requerer uma significativa mudança de mentalidade num campo acostumado a lidar com qualquer paciente que entre pela porta. E decidir o que não fazer é uma ideia mais radical. Na assistência à saúde, a necessidade de uma escolha estratégica de serviços tem sido evitada à falta de informação e de prestação de contas pelos resultados. (PORTER e TEISBERG, 2007, p.55 e 147).

Sobre ameaças e oportunidades na área de saúde Porter afirma que:

A capacidade de impacto das cinco forças: ameaças de novos entrantes, poder de barganha dos consumidores, poder de barganha dos fornecedores, ameaça de produtos ou serviços substitutos e a capacidade de manobra dos competidores, pode variar de empresa para empresa, mas quando considerado em conjunto, elas conseguem explicar os níveis de lucratividade e potencial da empresa. (PORTER, 1986, p.23).

2.2.4 Fornecedores Especializados na Área de Saúde

Para Paschoal e Castilho (2010, p.986) o gerenciamento de materiais visa suprir os recursos necessários para a organização de saúde, foco na qualidade, em quantidades adequadas, no tempo certo e, sobretudo, ao menor custo.

Segundo Robbins (2002, p. 91) “as organizações dependem de matérias-primas, trabalho e capital para operar”. E se a oferta destes recursos é escassa, os preços consecutivamente aumentam. Se as organizações optarem pela diminuição na qualidade dos produtos adquiridos, podem sofrer através da ameaça de sua permanência no mercado.

Esta equação quase sempre acaba não fechando de forma favorável para prestadores que tem suas receitas oriundas do Sistema Único de Saúde (SUS). Tendo em vista que as tabelas não reajustadas há anos. E os custos observados

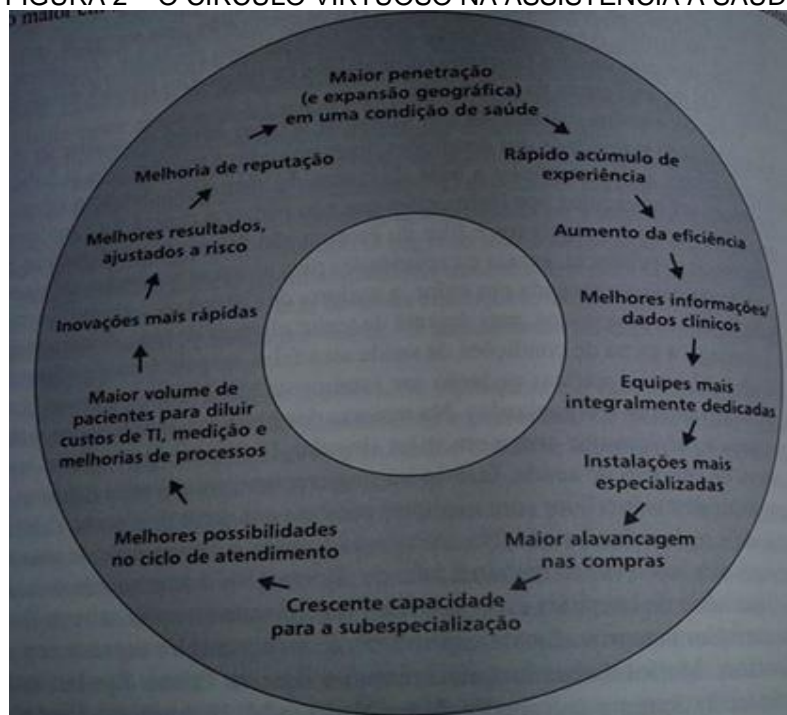
neste setor, frequentemente sofrem alterações, influenciados pela a instabilidade da moeda estrangeira “dólar”, pelas taxas de inflação e juros praticadas em nosso país.

A indústria farmacêutica figura-se como importante elemento na cadeia de suprimentos de uma instituição hospitalar. Sendo que qualquer alteração na continuidade de fornecimento de insumos, bem como a prática de preços, pode influenciar os resultados e manutenção dos principais serviços hospitalares, em relação ao tratamento dos pacientes. Neste sentido destaca-se o entendimento de Kaplan e Norton que afirmam o seguinte:

Merck, Pfizer e a maior parte das grandes companhias farmacêuticas remontam, em suas origens, as fábricas químicas especializadas responsáveis pela produção e fornecimento de compostos para a indústria farmacêutica. Com o passar do tempo, essas organizações passaram a integrar atividades adjacentes, como pesquisa e desenvolvimento de novos remédios, distribuição de produtos a farmácia e hospitais e comercialização de medicamentos para vários clientes e instituições. (KAPLAN E NORTON, 2004, p. 282).

Já Porter e Teisberg (2007, p.148) entendem que o trabalho em linhas de serviços produz um círculo virtuoso em relação ao valor na prestação dos serviços de saúde, produzindo resultados a favor das instituições.

FIGURA 2 – O CÍRCULO VIRTUOSO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE



FONTE: PORTER, M. E; TEISBERG (2007)

Para Leonel e Duran (2015, p. 120) em relação à Logística hospitalar, o controle inadequado de estoques, além da existência de vários estoques paralelos dentro das unidades de saúde, poderá indicar métodos ineficientes de dispensar e perdas e desvios significativos. Sendo que o planejamento inadequado, a centralização excessiva das decisões de compra, e uma estrutura legal altamente rígida resultam numa inconsistência entre os materiais necessários e aqueles que estão realmente disponíveis. A ineficiência nessa área pode, portanto, ser uma fonte significativa de aumento de custos. (SILVA; ALESSANDRI, 2009).

Porter e Teisberg entendem que os prestadores de serviços de saúde possuem importante papel no funcionamento das instituições hospitalares. E juntos exercem as seguintes funções:

São os atores centrais na saúde, descritos com estratégias e práticas operacionais precisam mudar para desencadear uma competição baseada em valor. Fornecedores, consumidores e empregadores também têm papéis importantes na catalisação e suporte a tal competição. Se pensarem em termos de valor, fornecedores, consumidores e empregadores serão beneficiados enquanto aceleram transformações sistêmicas. Não há necessidade de aguardar reformas na regulamentação ou outros participantes do sistema para agir. (PORTER e TEISBERG, 2007, p. 243).

2.2.5 Governos e os Modelos de Remuneração para os Serviços de Saúde

O governo pode produzir incertezas na condução dos negócios das empresas. Devido a mudanças nas regulamentações e na proporção que aplica as ações que podem gerar instabilidade econômica e política. Estas ações podem provocar sérios problemas nas empresas, na medida em que as mesmas não estejam preparadas de forma adequada para absorver os impactos destas mudanças. (ROBBINS, 2002, p. 91).

Segundo Christensen, Grossman e Hwang (2009) há distorções criadas pelos atuais sistemas de assistência de saúde. Que podem ser traduzidas da seguinte forma:

Os métodos de assistência à saúde em vigor – que pelas razões citadas, retrocederam fortemente ao sistema de pagamento por serviço prestado – são responsáveis por três importantes distorções na eficácia e uma eficiência dos serviços de saúde. Primeiro, eles preservam prestadores dispendiosos em vez de permitir o surgimento de outros de ruptura. Segundo, ditam o preço dos serviços e, como resultado, criam bolhas artificiais de lucratividade ou prejuízo em diferentes setores da indústria – orientando erroneamente o fluxo de investimento nos novos produtos e serviços. E, terceiro, suas práticas de contratos, só fazem empurrar os custos dos hospitais para cima, e não para baixo. (CHRISTENSEN; GROSSMAN e HWANG, 2009, p. 249).

O hospital universitário que mantém o bloco cirúrgico recebe recursos provenientes dos poderes: municipal, estadual e federal. No entanto devido a distorções históricas no sistema de remuneração, que não sofrem atualizações constantes conforme a flutuação de moedas estrangeiras, em especial o dólar que é utilizado como referencia para valoração de boa parte dos insumos consumidos nos hospitais. Somado a inflação que anualmente corrói boa parte dos recursos financeiros produzidos pelas instituições hospitalares, observa-se que apesar dos aportes financeiros recebidos mensalmente a partir de das três esferas de poder citadas, as finanças não fecham. Provocando sérios desequilíbrios financeiros, que comprometem muitas vezes as a manutenção e prestação de serviços nas instituições hospitalares, para atendimento das necessidades dos pacientes que a procuram para atendimentos.

No caso do hospital mantenedor do bloco cirúrgico, além dos valores recebidos por remuneração em especial por meio do pagamento de serviços prestados ao Sistema Único de Saúde (SUS), existem outras formas de remuneração que complementam os valores recebidos, como incentivos que são repassados mensalmente em diferentes programas e convênios mantidos por esta instituição. No entanto, os mesmos não são suficientes para fazer frente a toda a despesa mensal a ser contraposta pelo repasse destes recursos financeiros.

Neste contexto Araújo afirma que, em relação à saúde, os serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS), são a principal forma de atendimento gratuito, mas não a única, existem também os serviços gratuitos oferecidos e custeados pela entidade:

Paragrafo segundo Entende-se por gratuidade, a que se refere o inc.VI deste artigo, o dispêndio financeiro com a prestação de serviços que atendam diretamente às necessidades básicas das pessoas de que trata o artigo 2. Deste decreto, sem a exigência de contrapartida do beneficiário para ressarcimento das despesas da entidade, de forma financeira ou de trabalho, com os serviços beneficentes a eles prestados. (BRASIL, 1988).

Para Figueiredo e Caggiano (1997, p. 171) a continuidade da empresa, no longo prazo, esta associada à habilidade no quesito de conseguir preços para seus produtos ou serviços, que possam cobrir todos os seus custos. Portanto os autores citados, um aumento nas vendas ou prestação de serviços, pode ser obtido mediante: uso de propagandas, concentração na força de vendas ou prestação de serviços, uma apresentação mais adequada dos produtos ou serviços prestados ou reduzindo o preço dos produtos ou serviços.

Os autores Figueiredo e Caggiano (1997, p. 174) ressaltam que teorias do preço com base no custo têm a preocupação entre dois elementos determinantes do preço. Sendo que o primeiro destaca os custos relevantes, que precisam ser incluídos no preço. E segundo focar a preocupação voltada a margem de lucro que deve ser acrescentada para definição do preço. E finalizando os autores citados destacam que as teorias de preços baseadas no custo, apresentam uma interação entre a oferta e a procura.

No seguimento da saúde o valor para remuneração dos serviços prestados tem se constituído um desafio cotidiano para manutenção e qualidade para realização dos serviços. Especialmente no caso de entidades que trabalham em sua grande maioria em atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Que sofrem e precisam superar a falta de reajustes nas tabelas de remuneração dos procedimentos. O que por sua vez inibe novos investimentos e contribui para o sucateamento e falta de renovação de equipamentos e instrumentos de saúde.

2.2.6 Objetivos Sociais e Econômicos

Para Catelli (1999, p. 54) “qualquer atividade empresarial, em sua essência, é uma atividade econômica”. Portanto para o autor o perfil econômico de uma atividade, ocorre do consumo de recursos, que uma vez escassos, tem seu valor econômico no que tange a transformação de produtos e serviços. Além de proporcionar satisfação e bons serviços a seus clientes.

A descrição apresentada pelo autor citado exemplifica o trabalho efetuado no centro cirúrgico. Que apesar da escassez de recursos, procura atingir os melhores resultados econômicos possíveis. Mediante a prática diária de seu sistema de gestão administrativa e financeira. Sendo que o bloco cirúrgico pertence a uma entidade filantrópica, que é a mantenedora do hospital, onde está instalado este serviço. Que além do compromisso voltado ao bom atendimento a ser prestado aos seus clientes, precisa focar na prestação de seus serviços dentro dos preceitos que conduzem estas entidades, para manutenção de sua condição de filantropia.

Quanto à responsabilidade social, tão em voga atualmente no dia a dia das organizações, Catelli (1999, p. 54), destaca que o uso adequado dos recursos deve fazer parte da preocupação diária das organizações, e esta prática influencia diretamente a sua sobrevivência. No entanto o autor, as expectativas de lucros além de serem necessários para a sobrevivência das empresas, contribuem para o desenvolvimento econômico da sociedade, agregando valor econômico aos recursos utilizados.

Segundo Catelli (1999, p. 55) até as entidades que possuem caráter de atendimento público sociais ou a constituição de “sem fins lucrativos”, como a mantenedora do hospital e do bloco cirúrgico, que tem a necessidade de estipular seus resultados, frutos de suas atividades, e o propósito de manter a sua continuidade. Sendo que a viabilidade econômica destas entidades, esta ligada a prática de decisões de investimentos em suas atividades diretas, e a perspectiva de propiciar serviços de qualidade e acessíveis à população atendida.

Para Catelli (1999) os objetivos sociais são importantes para as empresas, e devem servir de parâmetro para a condução e planejamento de suas atividades. Porém esta relação deve ser harmônica e voltada as expectativas de lucros. Que são importantes e indispensáveis para a manutenção de toda a atividade econômica. Além de servir de mola propulsora para que as organizações possam dar continuidade de forma adequada às metas sociais, que sem a obtenção deste quesito, inviabilizaria a continuidade deste e demais propósitos.

2.3 ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAS NO AMBIENTE HOSPITALAR

Para Milkovich e Bourdreau (2009, p. 19) “as pessoas planejam e produzem os produtos e serviços, controlam a qualidade, vendem os produtos, alocam

recursos financeiros e estabelecem as estratégias e objetivos para a organização”. Para os autores citados, sem a disponibilidade de pessoas eficazes, ficaria muito difícil para qualquer empresa conseguir atingir seus propósitos. (MILKOVICH e BOURDREAU, 2009, p. 19)

2.3.1 Gestão de Pessoas em Serviços de Saúde

Segundo Chiavenato (2010, p. 14) a gestão de pessoas consiste na integração de várias atividades entre si, no sentido de obterem-se sinergias que podem multiplicar os efeitos para as organizações e para os empregados que atuam na mesma. E a função dos administradores na qualidade de chefes, gerentes, supervisores ou diretores, é primar pelo planejamento, direção e controles. A Gestão de Pessoas neste aspecto tem o papel de auxiliar os administradores no desempenho de todas as atribuições. Uma vez que os administradores não trabalham sozinhos e sim em conjunto com suas equipes. Que juntos serão capazes de executar as tarefas necessárias para atingirem suas metas e objetivos.

2.3.2 Recrutamento de Recursos Humanos para Atuação no Bloco Cirúrgico

Segundo Milkovich e Bourdreau (2009, p. 162) “recrutamento é o processo de identificação e atração de um grupo de candidatos, entre os quais serão escolhidos alguns para posteriormente serem contratados para o emprego”. Assim para os autores citados, é especialmente importante atrair pessoas qualificadas e motivadas para a execução do trabalho a ser realizado.

No Bloco Cirúrgico o processo de recrutamento é efetuado em parceria com o Departamento de Recursos Humanos do hospital. Sendo que o primeiro contato entre os candidatos pode ocorrer diretamente na Coordenação do Bloco, por indicações prévias. Ou por intermédio do departamento de Recursos Humanos, que efetua de forma oficial o processo de recrutamento do candidato, por uma entrevista mantida com o serviço de psicologia, o qual obtém as primeiras impressões. E logo após, este serviço tem a incumbência de encaminha o candidato até a Coordenação do Bloco Cirúrgico, para uma entrevista técnica. Onde ocorrerá a verificação das habilidades operacionais dos candidatos apresentados.

2.3.3 Treinamentos sobre Processos Hospitalares

Milkovich e Bourdreau (2009, p. 338) classificam o treinamento como sendo “um processo sistemático para promover a aquisição de habilidades, regras, conceitos e atitudes que resultem em uma melhoria da adequação entre as características dos empregados e as exigências dos papéis funcionais”.

2.3.4 Turnover no Ambiente Hospitalar

Para Chiavenato (2010, p. 88) a rotatividade de pessoal (ou turnover) pode ser entendida como um movimento ou fluxo de saída e entrada de colaboradores nas organizações. E as organizações dependendo da constância ou continuidade deste movimento, podem sofrer. Pois todo o processo de treinamento e sinergias despendidas para a preparação dos empregados que são recrutados, acabam sendo levados pelos mesmos, no momento em que há a decisão de se desligar da empresa. Ou quando a instituição precisa tomar a decisão de efetuar o desligamento dos empregados que eventualmente não estejam correspondendo as expectativas da empresa que os contrata.

2.3.5 Colaboradores e suas Competências nas Organizações de Saúde

Segundo Sordi os colaboradores no exercício de suas competências dentro das organizações de saúde, exercem importante para na realização das tarefas. Devidamente coordenados e orientados:

Empresas estruturadas por função-processo e, principalmente, nas estruturadas por processos de negócios são cada vez mais fluidas e menos estratificadas, apresentando uma forte tendência de serem substituídas por objetivos, por serem mais abrangentes do que as funções e por permitirem a criação de mecanismos mais flexíveis para a gestão de pessoas, bem como a ligação mais direta entre a estratégia da empresa e o desempenho do colaborador. (SORDI, 2002, p. 82).

Na mesma linha SORDI (2002, p. 94) afirma que os membros das equipes de processos devem identificar diagnosticar e tratar de problemas e oportunidades, bem como colaborar entre si na condução dos trabalhos diários, o que caracteriza

uma organização de trabalho de forma intensiva. Respeitando a atuação em equipes por processos de negócios da saúde devidamente definidos.

Segundo Baeuren (2000, p. 55) “existe uma tendência em diminuir o número de pessoas e aumentar o investimento em tecnologia de informação, no fornecimento de serviço personalizado ao cliente”. Dentro de um ambiente de prestação de serviços individualizados aos clientes do setor de saúde.

2.4 CONTROLE ADMINISTRATIVO E PRODUÇÃO HOSPITALAR

Para Figueiredo e Caggiano (1997, p. 53) o controle pode ter uma definição estreita ou ampla. Sendo que em uma definição mais estreita o controle pode ser visto como manutenção de padrões e aplicação de penalidades. Já em uma visão mais ampla o controle pode ser visto como sinônimo da própria administração. Obtendo um sentido mais abrangente, que envolve vários processos, nos quais são determinados os objetivos da administração, por meio da organização e supervisão das operações necessárias, para que os planos traçados possam ser alcançados. Neste sentido o laboratório faz uso das ferramentas disponíveis para tornar sua gestão viável. Tanto do ponto de vista operacional como financeiro. E para isto se tornar realidade, precisa fazer uso e emprego dos recursos disponíveis, da melhor forma possível, para a obtenção dos resultados esperados.

Para segundo Figueiredo e Caggiano (1997, p. 46) “o controle esta intimamente ligado a função de planejamento”. Sendo que o mesmo pode ser classificado como um sistema de feedback, que possibilita a comparação de desempenhos com objetivos traçados.

Com o aumento da complexidade na organização das empresas que estão sujeitas a interferência de governos pelas políticas fiscais e necessidade de melhores práticas de gestão, para manutenção de suas atividades, dentro do processo de condução dos negócios, se faz necessário a prática de uma controladoria voltada para a manutenção e sobrevivência operacional e financeira das organizações. (FIGUEIREDO e CAGGIANO, 1997, p. 26)

Figueiredo e Caggiano (1997, p. 26) assim afirmam que “a missão da controladoria é zelar pela continuidade da empresa, assegurando a otimização do resultado global”. De encontro a esta afirmativa, observa-se que cada vez a controladoria assume um papel fundamental na tarefa de manter a sobrevivência

das empresas, inseridas atualmente em um mundo globalizado e sujeito a competições e disputas, que nem sempre são pautadas pela ética e boas práticas legais.

A função de Controller pode ser exercida pelos gestores das áreas envolvidas no processo de controladoria interna ou por um departamento específico dentro da organização. Que tem a missão de gerenciar um sistema de informações e zelar pela longevidade da empresa. Utilizando-se de todas as sinergias existentes para que as organizações possam alcançar os melhores resultados possíveis. (FIGUEIREDO e CAGGIANO, 1997, p. 28).

Jimbalvo (2002, p. 8) descreve a função de controller como o elemento responsável pela preparação de informações necessárias para o planejamento, controle e tomada de decisões. O mesmo elabora relatórios para avaliação das atividades da empresa, fornece informações contábeis e financeiras por intermédio da elaboração de relatórios específicos, para atendimento a exigências fiscais e órgãos governamentais. Além de apoiar a atividade de auditorias internas e externas a serem praticadas nas empresas.

2.4.1 Papel da Controladoria no Processo de Gestão

Para Perez Junior, Pestana e Franco (1997, p. 37) a função da controladoria “é assessorar a gestão da empresa”. Além de propiciar alternativas econômicas, fornecendo uma visão global e propiciando a integração de informações, para auxiliar no processo decisório. Sendo que nesta linha os autores citados destacam o papel do Controller, como elo de influência entre a empresa, no sentido de auxiliar os gestores em relação a sua eficácia e bom desempenho da organização.

Para Kanitz (1977) as funções da controladoria podem ser sintetizadas de acordo com os seguintes itens dispostos:

1. Informação – Podem ser obtidas por meio de sistemas como: gestão, financeiro, administrativo;
2. Motivação – Este fator sofre a influência do comportamento, que pode ser canalizado para que os objetivos sejam atingidos mais facilmente;
3. Coordenação – Centralização de informações. Papel do conhecimento de imperfeições ou irregularidades que podem auxiliar a direção, no âmbito da sugestão de possíveis soluções;

4. Avaliação – Efetuar uma leitura dos fatos e situações ocorridas, elaboração de relatórios e indicadores por área avaliada, processos ou problemas ocorridos;
5. Planejamento – Objetivos, auxilia a empresa na melhor direção a ser seguida.
6. Acompanhamento – Verificar se os planos traçados estão sendo cumpridos de forma adequada. E até a necessidade de se efetuar eventuais revisões ou correções, no caso de falhas ou inconsistências.

2.4.2 Controles Administrativos na Unidades Hospitalares

Para Maximiano (2000, p. 471) os controles administrativos em uma organização priorizam áreas funcionais como a produção, finanças, recursos humanos dentre outras. Estes controles geram informações importantes que auxiliam na tomada de decisões em cada uma das áreas. O resumo das informações sobre o desempenho das áreas funcionais constitui-se como um dos itens mais importantes para apoio no controle do nível estratégico.

No Centro Cirúrgico os controles administrativos constituem-se como essencial para na condução das atividades realizadas diariamente por este serviço. Neste contexto, o papel de seu coordenador administrativo, tem a tarefa de administrar os recursos humanos e financeiros no processo de produção.

Para Catelli (1999, p. 396) o resultado econômico é constituído pelos resultados das áreas que compostas. Sendo que estas áreas são nominadas como: “centros de responsabilidade, possuindo um gestor responsável pelos trabalhos efetuados”. O autor mencionado destaca que as atividades resultam em transformações, que consomem recursos e que consecutivamente geram produtos e serviços.

2.4.3 Controle Voltado aos Setores Produtivos no Ambiente Hospitalar

Souza et al. (2009, p. 27) afirmam que “a adoção de ferramentas adequadas de gestão e de avaliação de desempenho pode representar, para os hospitais privados, filantrópicos e universitários, uma significativa racionalização nos processos”. Neste quesito os controles voltados para uso nos setores de uma instituição hospitalar, representam importante papel na prestação de serviços de

saúde, propiciando economia de recursos escassos empregados no processo produtivo.

O controle rigoroso se faz necessário especialmente quando se trata de atividades executadas em setores fundamentais para a produção de receitas hospitalares. Levando-se em consideração o volume dos recursos envolvidos para manter uma estrutura complexa como a dos Hospitais Universitários, exige-se um rigoroso controle por parte dos gerentes. (DALLORA; FORSTER, 2008, p. 136).

2.4.4 Importância dos Gestores na Administração de Recursos

Para Catelli (1999, p. 396), os gestores têm o compromisso de fazerem o uso eficiente e eficaz dos recursos consumidos no processo de produção. Propiciando através deste procedimento a sobrevivência da empresa. Neste contexto o processo decisório assume especial importância, contribuindo para o melhor resultado a ser extraído das atividades.

2.4.5 Qualidade e Processos Voltados a Segurança do Paciente

A qualidade é um dos pré-requisitos essenciais para a sobrevivência das empresas ou organizações. Sem a mesma é praticamente impossível que um negócio ou serviço venha a se perpetuar na sua atuação. Segundo Fernandes (2001, p. 143) “no mundo inteiro, quer seja no plano pessoal, quer no profissional, a necessidade de melhorar a qualidade é um imperativo que faz a diferença e que habilita as empresas a participar do jogo”.

Para Fernandes (2001, p. 149-150) os mandamentos da gestão da boa qualidade são os seguintes:

- 1.Total satisfação dos clientes - Os clientes são o foco básico na gestão da qualidade. Sendo que as organizações podem se utilizar de indicadores para aferir o grau de satisfação dos mesmos.
- 2.Focalização em pessoas – As pessoas em uma organização não buscam apenas uma remuneração adequada para sua subsistência. Mas focam também no crescimento profissional, no desenvolvimento de novas habilidades, na capacitação e educação continuada. E para que isto seja possível é necessário que todo o empregado tenha conhecimento do negócio e das metas das organizações.
- 3.Ter propósitos claros – Determina a confiança e o comprometimento, além de manter o foco dentro dos propósitos de cada organização. E evita a proliferação de desconfianças e o distanciamento dos principais objetivos.
- 4.Promover formas de engajamento e participação – Criar a cultura da participação é fundamental para fortalecer decisões, mobilizar forças e gerar compromissos a todos os envolvidos com os resultados a serem atingidos.
- 5.Zelar pelo aperfeiçoamento contínuo - Com o avanço tecnológico as mudanças tornam-se cada vez mais rápidas. E o aperfeiçoamento contínuo se faz necessário para garantir a prosperidade dos negócios e colaborar para novas descobertas.
- 6.Gerenciar processos – As grandes empresas devem ser vistas como grandes processos. Com o objetivo de atender as necessidades de clientes e usuários.
- 7.Promover a descentralização de poderes – Há necessidade de delegar e transferir responsabilidades para os colaboradores. Para que os mesmos possam agir nas melhores condições técnicas e emocionais, assumindo suas responsabilidades diante de suas obrigações.
- 8.Garantir a qualidade – Mediante planejamento garantir fácil acesso a documentação escrita. E estimular os registros e controles para garantir maior confiabilidade nos produtos produzidos ou serviços prestados.
- 9.Disseminar informações – Todos os colaboradores devem entender quais são os propósitos e missão da empresa. Sendo que a boa comunicação para com os clientes é imprescindível para se atingir esta meta.
- 10.Não aceitar reincidência de erros – Todos na empresa devem ter clara a noção do que é estabelecido como “certo”. Sendo que eventuais desvios devem ser medidos para localização da causa principal do problema. E para que desta forma, possam ser adotadas ações corretivas. (FERNANDES; 2001, p. 149-150).

2.4.6 Comunicação no Ambiente Hospitalar

Um manual pode exercer um papel importante e servir como instrumento em um programa de contato entre os empregados. Sendo que o mesmo pode conter características como regras e políticas da empresa, em que empregados e administradores precisam trabalhar em sintonia, observando as normas e orientações estabelecidas. (MILKOVICH e BOURDREAU, 2009, p. 475).

Os Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) foram criados para orientar os colaboradores do Bloco Cirúrgico na execução de suas tarefas. E são importantes para o repasse de informações básicas a respeito de um procedimento ou processo, que precisa ser observado para execução de uma tarefa. E são uma exigência legal, estabelecida em legislação vigente, que obriga os estabelecimentos

a manterem de forma atualizada e de fácil alcance de todos, estes Procedimentos Operacionais Padrão, para orientação dos empregados. Seja de forma impressa ou eletrônica.

2.4.7 Interesses Divergentes nas Instituições Hospitalares

Para Wagner III e Hollenbeck (2002, p. 288) “a barganha e a negociação são dois processos intimamente associados que costumam ser utilizados para tentar resolver as diferenças de interesses e preocupações geradores de conflitos”.

No Bloco Cirúrgico atuam grupos heterogêneos de profissionais e empregados em atividades distintas. Sendo que ambos dentro das suas competências possuem necessidades diferentes. Sendo coordenados pelo responsável pelo Bloco Cirúrgico, que procura contornar e resolver todos os problemas administrativos, operacionais e pessoais que ocorrem na execução das atividades no dia a dia, em conjunto com demais profissionais multidisciplinares que atuam na mesma unidade de trabalho.

2.4.8 Processo de Tomada de Decisões no Ambiente de Saúde

Para Turban, Rainer Jr. e Portter (2007, p. 239), o gerenciamento pode ser interpretado como o meio pelo qual as empresas verificam o emprego de recursos como: pessoas, dinheiro, energia, materiais, espaço e tempo. Sendo que os recursos são considerados como “entradas”, e a busca pelas metas é classificada como “saída” do processo. Os coordenadores e gerentes têm a missão de controlar este processo no intuito de criar condições específicas, para que os resultados possam ser favoráveis. Tendo em vista que o sucesso de um gerente acaba sendo medido pela relação entre as saídas e as entradas sob sua responsabilidade.

2.4.9 Uso de Indicadores de Desempenho e Resultados nas Unidades Hospitalares

Chiavenato (2010, p. 531) ressalta, “a mensuração em termos de avaliação é uma prioridade em todas as unidades da organização”. Portanto segundo o autor citado, é preciso avaliar, monitorar e auditar os processos de forma continua. Estabelecendo objetivos claros que possam colaborar para a elaboração de

indicadores, possibilitando a avaliação de resultados. E estes critérios poderão servir de parâmetro para se medir e avaliar o sistema da organização, no que tange a observação da eficiência e eficácia dos processos verificados.

Para Maximiano (2000, p. 472) os índices como ferramenta de informação. Ressaltando a técnica dos índices como uma ferramenta auxiliar de controle, que pode ser utilizada em qualquer nível de hierarquia em uma área funcional de uma organização. Pois para a construção dos índices é necessário obter muitas informações, dentro de um critério de organização de forma sintética. E a utilização dos índices necessita de uma sistematização e exatidão das informações. Para contribuir de forma consistente para a detecção dos problemas.

Os indicadores são importantes na gestão atual de pessoas, insumos e processos de produção no Bloco Cirúrgico. E quando medidos regularmente servem de parâmetros para que os gestores na tomada de decisões. Sendo que a avaliação correta dos indicadores disponíveis pode servir como um instrumento que podem indicar a eminência de problemas ou oportunidade de melhorias. Além da mensuração dos resultados obtidos por processos que eventualmente necessitem de correção ou mudanças de fluxos, para contribuir e propiciar melhorias operacionais ou técnicas.

2.4.10 Desafio da Eliminação de Desperdícios no Ambiente Hospitalar

Maximiano (2000, p. 129-130) afirma, “o desperdício é a matriz da ineficiência”. Ou seja, eliminar desperdícios significa diminuir atividades que não agregam valor aos serviços prestados. Sendo que a agregação de valor é o ponto chave para a eliminação de desperdícios. Após eliminados os desperdícios, o que sobra é a atividade ou trabalho que vai agregar valor ao produto ou serviço. Que significa trabalhar especificamente com o produto ou serviço a ser prestado, sem interferências ou tarefas que não agreguem valor no esforço a ser efetuado no processo de produção. E uma vez eliminado o desperdício ocorre à redução de custos, sem que o serviço a ser prestado para o cliente venha a ser comprometido.

Racionalizar é importante para a manutenção das atividades executadas no Bloco Cirúrgico. Sendo que o combate ao desperdício se faz através de um trabalho árduo no dia a dia. Principalmente no acompanhamento do processo produtivo das cirurgias realizadas. Inclusive com troca de equipamentos e implantação de novas

tecnologias, que produzem melhores resultados a um custo mais acessível para sua manutenção.

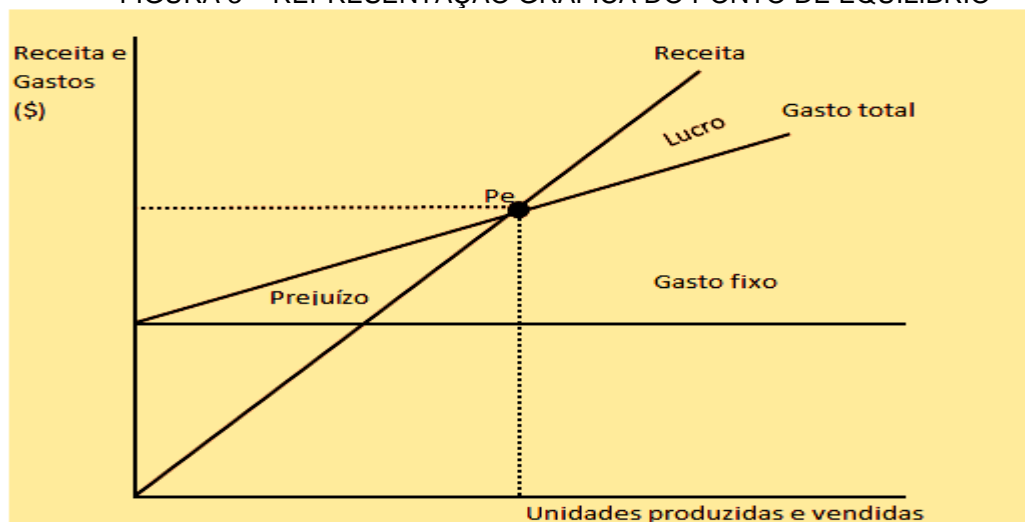
2.4.11 Necessidade de Obtenção do Ponto de Equilíbrio nas Instituições Hospitalares

O ponto de equilíbrio pode ser considerado como um ponto de ruptura e base na relação de custo-volume-resultado. (PEREZ JUNIOR, PESTANA e FRANCO, 1997, p. 133).

Assim para os autores citados o ponto de equilíbrio depende da identificação da variabilidade dos custos em relação ao volume da atividade, ou seja, verificar a composição de custos fixos e variáveis.

O Bloco Cirúrgico mediante ações implementadas por sua coordenação, trabalhou para otimizar seus recursos, para fazer frente aos custos fixos e variáveis oriundos do processo produtivo advindo das cirurgias realizadas. Sendo que esta tarefa se constituiu um desafio diário, tendo em vista que os custos neste seguimento sofrem oscilações internas e externas. Verifica-se influência de forma direta no custo de insumos consumidos no processo de produção das cirurgias. Abaixo segue representação gráfica do Ponto de Equilíbrio:

FIGURA 3 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO PONTO DE EQUILÍBRIO



FONTE: PEREZ JUNIOR, PESTANA E FRANCO (1997, p. 133)

2.4.12 Uso da Tecnologia da Informação nas Organizações Hospitalares

O uso da tecnologia da informação proporciona as organizações hospitalares inúmeros benefícios, quem podem auxiliar na gestão do conhecimento. Dentre as vantagens atribuídas no uso da tecnologia da informação, esta a capacidade da mesma em: coletar, refinar, armazenar, gerenciar e disseminar o conhecimento, por meio de uso de um software. (TURBAN, RAINER JR. e POTTER, 2007, p. 111).

Na área de produção das organizações hospitalares, auxilia diretamente nos controle de estoques e no armazenamento de informações que possibilitam um melhor controle de qualidade. Não permitindo que, problemas relacionados a produtos recebidos com irregularidades, logística, entregas, uso e manutenção pós venda dos produtos, possam comprometer o processo de produção e armazenamento.

2.4.13 O Planejamento Estratégico nas Organizações Hospitalares

O planejamento estratégico procura criar metas que, uma vez atingidas levarão a empresa a atingir os objetivos definidos. E indicam a forma e os meios para se atingir as metas no curto e médio prazo. (PEREZ JUNIOR, PESTANA e FRANCO, 1997, p. 20).

Para Junior, Pestana e Franco (1997, p. 21) na comparação da situação futura em detrimento da planejada é verificado se a situação projetada na preparação do orçamento pode permitir ou não a realização dos objetivos propostos. Ou seja, identificar as variações em condições futuras inicialmente projetadas, aquelas em que o projeto teve o orçamento como base principal. Na ocorrência de variações consistentes entre as posições citadas, se faz necessárias reavaliações e até eventuais alterações nos objetivos traçados, nos planos estratégicos e nos números citados.

O planejamento estratégico no curto, médio e longo prazo são fundamentais para que as metas traçadas pelas administrações das empresas ou organizações possam ser atingidas.

Para Maximiano (2000, p. 195), uma organização precisa atender quatro requisitos essenciais na elaboração de seus planos como: constituição de uma base sólida de informações, uma definição precisa de objetivos, prever alternativas e fazer uso da ação. Conforme o autor a informação é requisito básico para a qualidade dos planos. Sendo que a grande incidência de fracassos nos planos se deve a construção de um planejamento, sem levar em consideração informações importantes.

Sempre que possível o planejamento deve levar em conta as mudanças e condições do ambiente. Ou seja, precisa ser elástico e se adaptar a realidade vivenciada. Pois havendo esta previsão não será necessário reformular ou modificar as condições verificadas. Pois as mesmas já foram previstas de forma antecipada. (MAXIMIANO, 2000, p. 196).

2.4.14 Estrutura de Custos Aplicada em Ambiente Hospitalar

Os custos podem ser entendidos como medidas monetárias dos sacrifícios necessários que as organizações precisam arcar, para atingirem seus objetivos. E por consequência são especialmente importantes e relevantes dentro de um processo de decisório. (FIGUEIREDO e CAGGIANO, 1997, p. 55).

Já Wernke (2004, p. 8) afirma que: “os custos de qualidade não existiriam se o produto ou prestação de serviço ofertado fosse perfeito na primeira vez, e estão associados com as falhas na produção”.

Para Martins (2003, p. 21), a contabilidade de custos a princípio fora criada pelos contadores para resolver problemas de mensuração de estoques e do resultado a ser apurado das empresas. Por esta razão sua evolução acabou deixando de ser mais acentuada ao longo dos tempos. Porém com a evolução e crescimento das empresas, o foco mudou de forma significativa. Neste contexto a contabilidade de custos passou a ser encarada através de uma eficiente ferramenta de auxílio no desempenho da missão gerencial, como novo foco.

Martins (2003) destaca que a contabilidade de custos na era da Tecnologia de Informação, possibilita soluções adequadas conforme o processamento simultâneo de três contabilidades, reduzindo as diferenças. O autor mencionado enfatiza que as duas funções relevantes da contabilidade de custos: como auxílio no Controle e na tomada de decisões. Sendo que como forma de auxiliar no controle a

sua principal missão neste quesito é fornecer dados para a criação de padrões, orçamentos, formas de previsão e acompanhamento efetivo para comparação de valores auferidos em passado recente.

Para Wernke (2004, p. 110) os custos e falhas externas são associados as atividades decorrentes de falhas fora do ambiente de produção. Ex. Reclamação de pacientes quanto ao resultado não alcançado em uma cirurgia que necessitará de reparos. Riscos de perda de imagem da entidade hospitalar e processo para o médico responsável pela realização da cirurgia.

Para Martins (2003, p. 22) a contabilidade de custos assumiu importante papel nas últimas décadas, como importante instrumento de controle de decisões gerenciais. Principalmente levando-se em conta o aumento da competitividade observada nos últimos tempos nos mercados. O conhecimento de custos é fundamental para saber se o preço estabelecido para remuneração do produto é rentável ou não, descontando os custos apurados.

No Bloco Cirúrgico, por meio de sua coordenação esta ferramenta precisou ser implementada e carece de ajustes necessários para possibilitar a melhor manutenção e aprimoramento do processo produtivo.

Assim Maximiano (2000, p. 129) destaca que a competitividade com base no custo consiste em uma empresa possuir uma estrutura eficiente que seja capaz de fazer bom uso dos seus recursos, e ao mesmo tempo conseguir oferecer seus serviços a preços que despertam o desejo de aquisição por parte dos consumidores. Principalmente levando-se em consideração preços reduzidos de serviços somados a qualidade comparável.

Maximiano (2000, p.129) ressalta que a redução de custos esta ligada a redução do volume de recursos usados no processo produtivo ou de prestação de serviços. O mesmo ressalta que a competitividade tendo por parâmetro a prática de menores custos, pode ser uma vantagem a ser obtida através do combate e eliminação de desperdícios utilizando outras técnicas para aperfeiçoamento da produção.

3 METODOLOGIA

Levando-se em consideração que a diversidade de linhas de abordagens sobre metodologia de pesquisa, assim como na elaboração de pesquisas e teorias não contém uniformidade, será uniformizada como ferramenta em pesquisa o entendimento de Beuren (2003), concluindo que os diferentes tipos de pesquisa recebem três classificações: quanto aos objetivos, que podem ser exploratórios, descritivo, correlacional e explicativo; quanto aos procedimentos que podem ser: estudo de caso, levantamento, pesquisa bibliográfica, análise documental, pesquisa participante e pesquisa experimental. E quanto à sua abordagem, que pode ser qualitativa ou quantitativa.

3.1 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Alguns autores tratam de forma diferenciada sobre metodologia de pesquisa, que incluindo várias tipologias de delineamento de pesquisas e teorias.

Beuren et al (2003, p. 79) no caso específico da Contabilidade considera que:

Optou-se por focar tipologias de delineamentos de pesquisa, em que se acredita serem mais aplicáveis a esta área de conhecimento, agrupadas em três categorias: pesquisa **quanto aos seus objetivos**, que contempla a pesquisa exploratória, descritiva e explicativa; pesquisa **quanto aos procedimentos**, que aborda o estudo de caso, o levantamento, a pesquisa bibliográfica, documental, participante e experimental; e a pesquisa **quanto à abordagem do problema**, que compreende a pesquisa qualitativa e a quantitativa.

3.1.1 Quanto à Abordagem do Problema

Levando-se em conta a abordagem do problema, a pesquisa em questão tem caráter qualitativo. Segundo Richardson (1999) numa abordagem qualitativa não se emprega instrumentos estatísticos como base do processo de análise do problema. Ou seja, na abordagem qualitativa não se pretende numerar ou medir unidades ou categorias homogêneas.

Beuren et al (2008, p. 92) enfatiza que:

Na Contabilidade, é bastante comum o uso da abordagem qualitativa como tipologia de pesquisa. Cabe lembrar que, apesar de a Contabilidade lidar intensamente com números, ela é uma ciência social, e não uma ciência exata como alguns poderiam pensar, o que justifica a relevância do uso da abordagem qualitativa.

3.1.2 Quanto aos Objetivos da Pesquisa

Beuren et al (2009, p. 80) ressalta que o fator que irá determinar o enquadramento em modelo análogo de pesquisa (exploratória, descritiva ou explicativa) são os objetivos estabelecidos em um trabalho monográfico.

O trabalho em questão tem **objetivos descritivos e exploratórios** uma vez que além de se preocupar com a observação dos fatos, identificando e analisando-os sem manipulação, tem a intenção de conhecer mais profundamente o assunto, de modo a torná-lo mais claro ou construir questões importantes para a condução da pesquisa. (BEUREN ET AL, 2009, p. 80).

Na a organização administrativa de processo aplicado a um bloco cirúrgico de um hospital universitário no período de junho de 2015 a junho de 2016, pretende-se observar e analisar documentos e controles internos. E explorar os efeitos, consequências e resultados produzidos para aprimoramento das atividades executadas nesta unidade hospitalar. E pretende-se também verificar o emprego das técnicas de administração adotadas, bem como o processo de controladoria interna vigente e a Contabilidade de Custos, como instrumento balizador para tomada de decisões.

A gestão de hospitais e seus serviços constituem-se num desafio diário para seus administradores. Uma vez que neste ambiente, os procedimentos de controles administrativo e financeiros se assemelham aos praticados em outras empresas ou ramos de negócios.

Como o principal serviço oferecido é a vida e o bem estar para seus pacientes atendidos, a busca por melhores resultados somada as dificuldades observadas no dia a dia (baixa remuneração ofertada pelas operadoras de saúde no repasse de receitas, aumento de custos, problemas de RH, etc.), são alguns dos obstáculos diários a serem transpostos para uma administração profissionalizada e voltada para a obtenção dos melhores resultados possíveis. Para manutenção de seus serviços, e sobrevivência da instituição.

3.1.3 Quanto aos Procedimentos da Pesquisa

Os procedimentos na pesquisa científica referem-se à maneira pela qual se conduz o estudo e, portanto, se obtêm dos dados. (BEUREN ET AL, 2009, p.83). Quanto aos procedimentos, enquadra-se o presente estudo como uma **pesquisa documental e estudo de caso**.

Como parte da **pesquisa documental** a ser efetuada no bloco cirúrgico de um hospital universitário, pretende-se consultar documentos internos produzidos neste serviço, no período de junho de 2015 a junho de 2016. Onde serão analisados relatórios gerenciais, planilhas de controles, relatórios produzidos pelos sistemas internos de informática, e documentos de recursos humanos (RH). Além da consulta de relatórios internos que trazem de forma sintetizada as receitas produzidas no bloco cirúrgico e seu confronto através das despesas especificadas em Demonstração de Resultado do Exercício (DRE).

A pesquisa do tipo **estudo de caso** caracteriza-se principalmente pelo estudo concentrado de um único caso. Este estudo é o preferido pelos pesquisadores que desejam aprofundar seus conhecimentos a respeito de determinado caso específico. (BEUREN ET AL, 2009, p.84).

Nesta mesma linha Bryne, Herman e Schoutheete (1977), afirmam que o estudo de caso justifica sua importância por reunir informações numerosas e detalhadas com vista em apreender a totalidade de uma situação. A riqueza das informações detalhadas auxilia num maior conhecimento e numa possível resolução de problemas relacionados ao assunto estudado.

Tem-se o propósito e o objetivo de evidenciar a organização administrativa de processo aplicado a um bloco cirúrgico de um hospital universitário no período de junho de 2015 a junho de 2016.

3.2 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA, COLETA E ANÁLISE DE DADOS

O estudo de caso proposto pretende descrever todos os processos e rotinas administrativas adotadas para reorganização do Bloco Cirúrgico. A coleta de dados será efetuada pelo levantamento de documentos, relatórios, protocolos, fluxos de trabalho e demais rotinas implantadas nesta unidade de produção, com o propósito

de reorganizar processos, reduzir o número de cirurgias canceladas e aumentar a realização de cirurgias de Alta Complexidade.

A análise dos dados a serem levantados tem o propósito de descrever como se deu o processo de reorganização implantado no Bloco Cirúrgico por meio de decisão da Diretoria Geral, Técnica e de Operações em nomear um Coordenador Administrativo, com experiência e Gestão Hospitalar para realizar o trabalho de reorganização, organizar o processo produtivo em conjunto com os demais profissionais atuantes nesta unidade produtiva, como: médicos, enfermeiros, colaboradores dos setores de apoio, fornecedores.

Os resultados a serem apurados serão discutidos e descritos através de análise e a emissão de pareceres e recomendações. Sendo que todas as etapas e implantações efetuadas além de descritas serão evidenciadas através da consulta de informações contidas em documentos disponíveis a serem consultados, bem como a apuração dos números a serem obtidos por meio de sistemas de informação disponíveis no hospital, relatórios gerenciais, Procedimentos Operacionais Padrão (POP's), Protocolos Clínicos e demais informações a serem verificadas e tabuladas.

Serão elencados os seguintes pontos a serem ajustados:

- Organização do processo produtivo e ênfase na realização (priorização) de cirurgias de Alta Complexidade;
- Cumprimento das metas contratuais estabelecidas na produção cirúrgica e pactuada com a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba;
- Organização do fluxo de salas cirúrgicas e ênfase no cumprimento da ordem estabelecida no Mapa Cirúrgico, confeccionado diariamente pela Central de Agendamento Cirúrgico para os 3 (três) Centros Cirúrgicos: CCG (Centro Cirúrgico Geral), CCO (Centro Cirúrgico Obstétrico) e CCQ (Centro Cirúrgico de Queimados);
- Elaboração do processo para montagem de uma nova sala cirúrgica (confeção de um projeto para reabertura de uma sala cirúrgica desativada no CCG (número 10), que será destinada exclusivamente para realização de procedimentos de Alta Complexidade para Neurologia e outras especialidades (criação de um convênio com a SESA PR para solicitação de liberação de recursos para aquisição de equipamentos);
- Monitoramento diário e foco na redução do número de cirurgias canceladas;

- Criação e monitoramento de indicadores de produção e situação da ocupação das salas cirúrgicas (uso do sistema hospitalar vigente), utilização do banco de dados configurado para geração diária de informações estatísticas;
- Interface diária com o Núcleo de Regulação Interna (NIR), visando reserva de leitos de UTI (Unidade de Terapia Intensiva), a serem destinados para realização de cirurgias de pacientes de Alta Complexidade no CCG (Centro Cirúrgico Geral);
- Projeto proposto para montagem de 3 (três) leitos de REPAE no Centro Cirúrgico de Queimados (CCQ), visando a realização e aumento de cirurgias plásticas (ênfase em pacotes cirúrgicos particulares);
- Apuração de uma Demonstração de Resultado do Exercício (DRE), para verificação e comparação dos resultados financeiros obtidos no período de junho de 2015 em relação ao mês de junho de 2016;
- Utilização de dados de produção obtidos mediante o uso do sistema de informática vigente (módulo do centro cirúrgico) em comparação com dados a serem apurados no programa TABWIN/DATASUS, em relação a hospitais de porte maior na região de Curitiba e região metropolitana;
- Verificação e monitoramento do índice de cancelamento de cirurgias no período de junho de 2015 a junho de 2016;
- Implantação do Protocolo de Cirurgia Segura em parceria com a Diretoria Técnica e demais setores do hospital;
- Inteiração com demais áreas e setores de apoio da instituição hospitalar objeto deste estudo.

4 RESULTADOS / ANÁLISE DE DADOS

O estudo de caso apresentado tem como propósito principal verificar como se deu o a Organização Administrativa de Processo Aplicado no Bloco Cirúrgico de um grande hospital filantrópico Universitário. Sendo que para este fim serão detalhadas todas as etapas para realização deste processo, conduzidas pelo Coordenador Administrativo nomeado pela Direção para este fim.

4.1 APRESENTAÇÃO

O Hospital Universitário objeto deste estudo é uma organização filantrópica e beneficente reconhecida nos âmbitos municipal, estadual e federal, com fortes alicerces e mais de 50 anos de história no atendimento da população carente de Curitiba, Região Metropolitana e de todo o Paraná.

Atualmente, este hospital está sob a intervenção do Ministério Público do Trabalho e, como a maioria das entidades beneficentes do Brasil, passa por sérias dificuldades financeiras que obrigam o adiamento de ações necessárias à assistência à saúde. Neste cenário, as doações tornam-se imprescindíveis na manutenção do parque tecnológico e na qualidade da assistência prestada.

Mesmo sob condições desfavoráveis, este hospital mantém importantes selos para uma instituição de saúde como Hospital Amigo da Criança e Hospital Sentinela. Assim o mesmo oferece benefício aos seus usuários por dispor de um Banco de Leite Humano, que conta com uma média de 1400 doadoras ao ano que geram 1600 litros de leite pasteurizados e distribuídos a mais de 400 bebês da UTI Neonatal, e o 1º Banco de Pele Humano do Paraná, o 4º do Brasil.

Possui uma estrutura física e capacidade de comportar a internação simultânea de mais de 500 pacientes e, por questões operacionais e financeiras, limitou sua capacidade em 418 leitos, sendo destes 398 dedicados exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS). Possui em seu Corpo Clínico mais de 400 médicos distribuídos por todas as especialidades médicas, exceto psiquiatria. Esta combinação produziu no ano de 2015 1,25 milhão de atendimento, em destaque para: 70.000 atendimentos no Pronto Socorro, 205.000 atendimentos no Ambulatório, 800.000 exames de laboratório, 120.000 atendimentos de imagem e

30.000 cirurgias. Vale ressaltar que 95% destes atendimentos são destinados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Este hospital é referência em atendimento às vítimas de queimadura, trauma (urgência e emergência), gestação de alto risco, neurocirurgia, transplante renal e no atendimento a vítimas de violência sexual.

O Bloco Cirúrgico do hospital universitário objeto deste estudo conta com um total de 3 (três) Centros Cirúrgicos assim divididos: Centro Cirúrgico Geral, Centro Cirúrgico Obstétrico e Centro Cirúrgico de Queimados/Cirurgia Plástica.

Realiza mensalmente um total de 1.913 (um mil, novecentos e treze) cirurgias. Sendo 1.503 (um mil, quinhentos e três) de Média Complexidade e 261 (duzentos e sessenta e uma) de Alta Complexidade. Sendo que o total de cirurgias realizadas na Alta Complexidade são oriundas das seguintes especialidades: neurocirurgia, cirurgia cardíaca, cirurgia oncológica, cirurgia bariátrica, cirurgia ortopédica, cirurgia de grande queimados, cirurgia plástica, e demais procedimentos de Alta Complexidade realizados como: Hemodinâmica e Arteriografia.

Os procedimentos cirúrgicos realizados neste bloco são demandados pelas seguintes portas abertas (centros geradores de procedimentos): Ambulatório Geral, Pronto Socorro, Internamento, demanda espontânea, Central de Regulação, dentro outras demandas e setores atendidos eventualmente.

A característica principal de um grande hospital universitário que atende urgência e emergência é a capacidade de resposta rápida a atendimentos que envolvem a realização de simples procedimentos, como uma sutura até procedimentos de altíssima complexidade, como cirurgias neurológicas e atendimento de traumas complexos.

A estrutura de diagnóstico e serviços de apoio se constitui como eixo fundamental para garantir o funcionamento adequado do bloco cirúrgico, para poder realizar todas as cirurgias e procedimentos demandados de forma diária. E neste contexto os seguintes setores constituem peças-chaves para garantir a operação adequada deste serviço: hotelaria, internamento hospitalar, núcleo interno de regulação, manutenção de equipamentos biomédicos, informática, recursos humanos, lavanderia, central de materiais e esterilização, agendamento cirúrgico, serviço de imagem, fornecedores, higiene e limpeza, farmácia, serviços de apoio e diagnóstico, banco de sangue, engenharia, enfermagem, e demais setores que prestam apoio e sustentam todo o fluxo operacional e dão as condições adequadas

para cumprimento das mentas contratuais firmadas entre a Secretaria Municipal de Saúde, e demais entes de caráter estadual e federal que dão a sustentação financeira necessária para o provimento das atividades realizadas nesta instituição hospitalar.

Pode-se afirmar que hospitais são instituições complexas, que dependem de uma série de fatores para poderem funcionar de forma adequada, no que tange a prestação de serviços na área de saúde. Tendo em vista que para fins de comparação, é possível afirmar que existentes pequenas empresas em funcionamento simultâneo a uma empresa maior. Que neste caso e exemplo apresentado, seria a mantenedora de todas as empresas em curso. Sendo que se qualquer destas empresas, que em alguns casos simbolizam setores, vierem a apresentar problemas, o funcionamento da instituição hospitalar acaba sendo imediatamente comprometido.

Visando a realização de procedimentos cirúrgicos de Média Complexidade, com ênfase no aumento e realização de procedimentos cirúrgicos de Alta Complexidade, no mês de junho de 2015, fora implantado no bloco cirúrgico de um hospital universitário filantrópico localizado na cidade de Curitiba – PR, uma Coordenação Administrativa. Focada no reordenamento de processos, aumento de produção cirúrgica e redução no cancelamento de cirurgias.

4.1.1 Organização do Processo Produtivo com Ênfase no Aumento de Realização de Cirurgias de Alta Complexidade

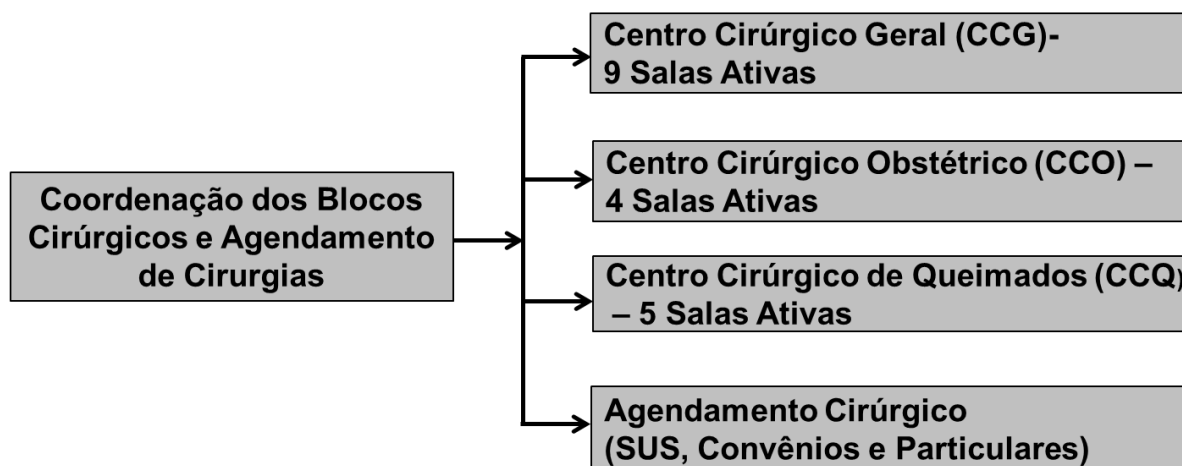
A Coordenação Administrativa do Bloco Cirúrgico era responsável pela organização, coordenação, controle e ajuste do processo produtivo de cirurgias realizadas nos: Centro Cirúrgico Geral (CCG), Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO) e Centro Cirúrgico de Queimados e Cirurgia Plástica (CCQ). Além da Central de Agendamento Cirúrgico, responsável por elaborar diariamente o mapa cirúrgico geral dos 3 centros cirúrgicos. Sendo que a observação e seguimento da ordem estabelecida para execução das cirurgias diárias, agendadas no bloco, estabelecia o parâmetro necessária para guiar as atividades do bloco cirúrgico na atividade diária de produção.

No entanto a ordem estabelecida para execução das cirurgias poderia ser invertida dependendo das emergências através das entradas via pronto socorro.

Cuja prioridade poderia se sobrepor em relação das demais cirurgias de caráter eletivo (pré-agendadas), as quais poderiam ser realizadas na sequência do atendimento de urgência e emergência. Que tem como parâmetro a Classificação de riscos pontuada em cores específicas que determinam o caráter das urgências a serem atendidas.

Estas urgências normalmente chegam neste hospital por meio de contato prévio estabelecido entre o responsável pelo Núcleo de Regulação Interna (NIR), que tem o papel de fazer a articulação entre os responsáveis pelo envio de demandas hospitalares do município de Curitiba e Região Metropolitana. Uma vez acionada e formalizado o aceite dos pacientes a ser encaminhada, a Central de Leitos efetua contato e encaminha os pacientes para entrada inicial pelo Pronto Socorro.

FIGURA 4 - ORGANOGRAMA DE FUNCIONAMENTO DO BLOCO CIRURGICO

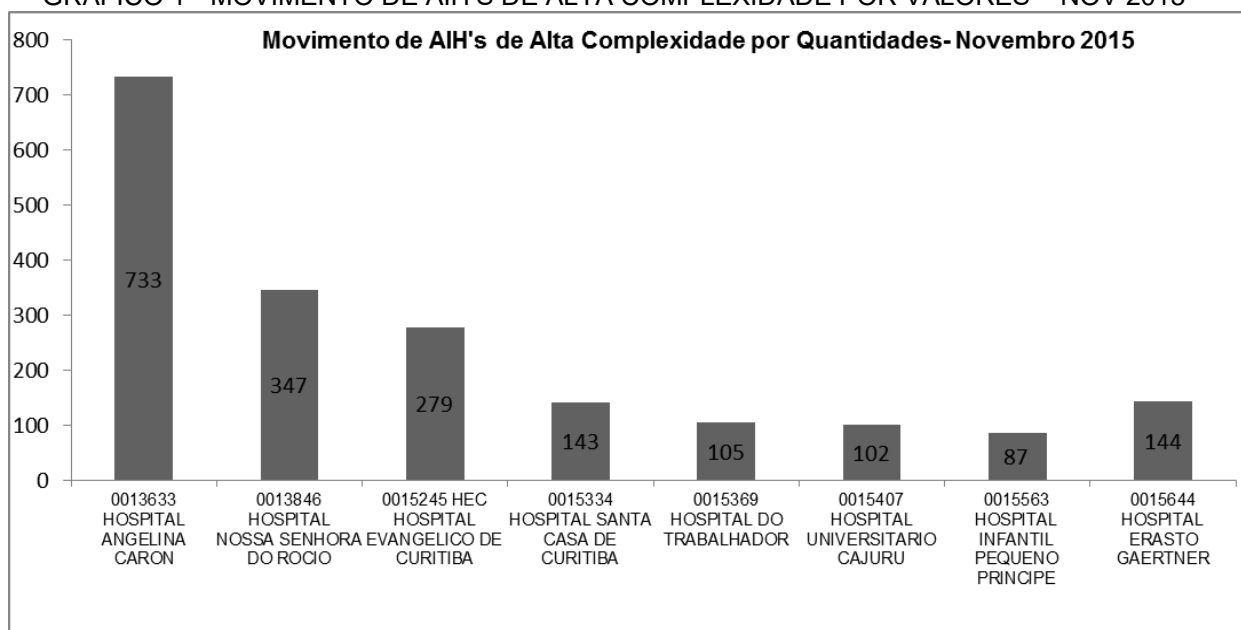


FONTE: COORDENAÇÃO ADMINISTRAÇÃO DO BLOCO CIRÚRGICO

Em relação à comparação do movimento de cirurgias de Alta Complexidade demonstrado no gráfico abaixo mencionado, pode-se observar a evolução destes procedimentos cirúrgicos que representam importante incremento nas receitas hospitalares. Uma vez que não há teto orçamentário estabelecido para os atendimentos a serem efetuados. Ou seja, quanto mais os hospitais habilitados realizam estes procedimentos cirúrgicos, mais poderão aumentar suas receitas e melhorar o resultado financeiro a ser obtido. Tendo em vista que os procedimentos estabelecidos na tabela do SUS para Alta Complexidade (AC), normalmente são superiores aos valores estabelecidos para realização de procedimentos de Média Complexidade (MC).

Na realização dos procedimentos cirúrgicos de AC (Alta Complexidade), os transplantes também são considerados procedimentos de altíssima complexidade. Sendo gerenciados e encaminhados pela Central de Transplantes. A qual é responsável pelo contato mantido entre os hospitais que possuem pacientes que venham a ser compatíveis com os órgãos a serem encaminhados para os transplantes. Uma vez confirmada esta informação o hospital poderá ser o responsável por fazer a captação dos órgãos a serem transplantados. Ou efetivamente para a realização do transplante dos órgãos captados no paciente habilitado e compatível.

GRAFICO 1 - MOVIMENTO DE AIH'S DE ALTA COMPLEXIDADE POR VALORES – NOV 2015



FONTE: TABWIN DATASUS - MOVIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE - NOVEMBRO 2015

O GRAFICO 1 apresenta a distribuição por hospitais da região de Curitiba e metropolitana com o volume de cirurgias de Alta Complexidade (AC) realizadas no período de novembro de 2015. Com destaque em relação à quantidade verificada nos 3 (três) hospitais: Angelina Caron, Nossa Senhora do Rocio e Evangélico de Curitiba; fonte: Tabwin Datasus (2015).

4.1.2 Redução no Cancelamento de Cirurgias Agendadas no Mapa Cirúrgico

O agendamento cirúrgico tem por objetivo estabelecer a ordem sequencial para a realização dos procedimentos cirúrgicos, previamente agendados pelos médicos titulares, responsáveis pelo tratamento e realização dos procedimentos cirúrgicos propostos. Como fluxo necessário a ser seguido, o médico titular do paciente deve seguir o seguinte fluxo apresentado:

1 – O cirurgião responsável efetua o agendamento das cirurgias por meio de aplicativo e acesso ao link do hospital, o qual possibilita agendamento nos 3 (três) centros cirúrgicos do Bloco Cirúrgico (CCG, CCO e CCQ) – para paciente a serem tratados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), Convênios e Particulares;

3- Agendamento deve ser efetuado até as 13:00 horas do dia anterior a cirurgia;

4 - Os respectivos setores responsáveis: Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) e Central de Guias, efetuam a verificação e executam as liberações, de materiais especiais, OPME, Autorização de Internação Hospitalar (AIH's) e guias dos convênios;

5– O setor de Agendamento Cirúrgico efetua a confecção diária do Mapa Cirúrgico;

6- Após o fechamento do mapa cirúrgico o médico solicitante recebe confirmação do agendamento de cirurgia via e-mail;

7- Os setores: Centros Cirúrgicos, Rouparia, Farmácia, Internamento, Hospital Dia (HD) recebem diariamente uma cópia do mapa cirúrgico para monitoramento e controle dos procedimentos que serão realizados nas datas do agendamento. Visando o provimento de materiais, medicamentos e demais insumos necessários para a realização das cirurgias.

4.1.3 Estatísticas do Cancelamento de Cirurgias no Bloco Cirúrgico

Conforme análise realizada por informações obtidas no sistema de informática, responsável pelo cadastramento e agendamento de cirurgias nos 3 (três) centros cirúrgicos analisados (CCG, CCO e CCQ), observou-se que entre o período de julho de 2014 à junho 2015 comparado à julho de 2015 à junho 2016, houve redução no cancelamento de cirurgias, conforme análise do desvio padrão e coeficientes de variação calculados e projetados por gráficos de dispersão apresentados.

Os números calculados apresentados, por intermédio de gráficos projetados, indicam que as ações administrativas adotadas para reorganização do Bloco Cirúrgico, com vistas ao proposito de redução no numero diário de cancelamento de cirurgias, foram alcançadas. Sendo que as ações adotadas foram fruto de intenso trabalho conjunto, realizado e desenvolvido em parceria com demais setores do hospital, responsáveis pelo apoio e provimento de recursos necessários para a

realização das cirurgias a serem realizadas. Foco no aumento e priorização na realização de cirurgias de Alta Complexidade (AC).

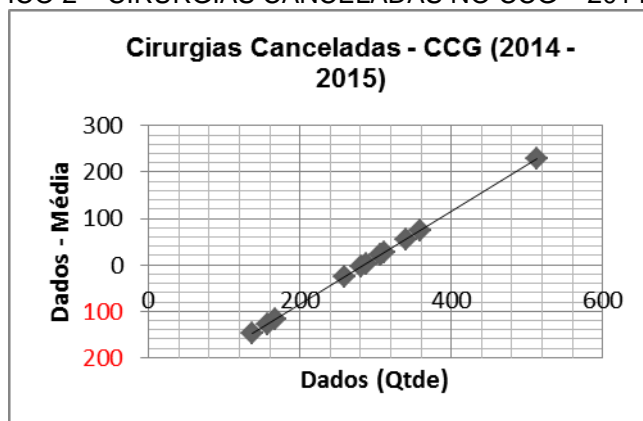
QUADRO 1 – EVOLUÇÃO DO CANCELAMENTO DE CIRURGIAS (CCG)

Centro Cirúrgico Geral (CCG)							
Período: 2014 -2015				Período: 2015 -2016			
Meses	Dados (Qtde)	Dados - Média	Quadrado	Meses	Dados (Qtde)	Dados - Média	Quadrado
	x_i	$x_i - \bar{x}$	$(x_i - \bar{x})^2$		x_i	$x_i - \bar{x}$	$(x_i - \bar{x})^2$
jul/14	359	74	5.415	jul/15	274	62	3.813
ago/14	513	228	51.794	ago/15	264	52	2.678
set/14	306	21	424	set/15	276	64	4.064
out/14	341	56	3090	out/15	238	26	663
nov/14	259	-26	698	nov/15	208	-4	18
dez/14	137	-148	22028	dez/15	235	23	518
jan/15	157	-128	16491	jan/16	162	-50	2.525
fev/15	167	-118	14023	fev/16	133	-79	6.281
mar/15	312	27	707	mar/16	262	50	2.475
abr/15	306	21	424	abr/16	176	-36	1.314
mai/15	281	-4	20	mai/16	30	-182	33.215
jun/15	287	2	3	jun/16	289	77	5.891
média			Somatório	média			Somatório
285			115.113	212			63.454
Variância (s^2)			9.593	Variância (s^2)			5.288
Desvio Padrão			98	Desvio Padrão			73

FONTE: SISTEMA MV MÓDULO FSCC

O QUADRO 1 Apresenta a comparação do cálculo efetuado da variância e do desvio padrão no Centro Cirúrgico Geral (CCG), relativo ao período de 2014/215 e 2015/2016; fonte: Sistema MV Módulo FSCC.

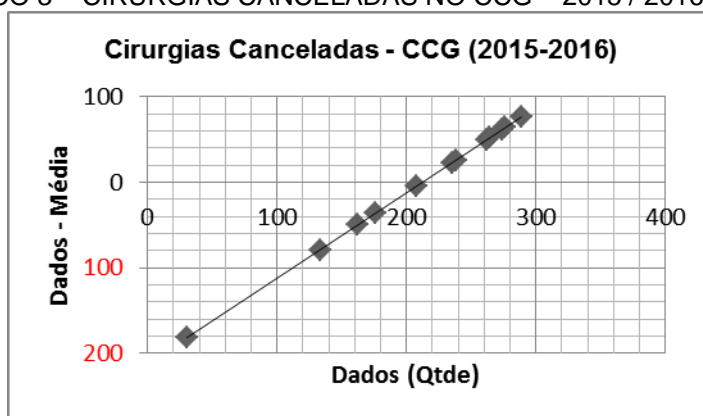
GRAFICO 2 – CIRURGIAS CANCELADAS NO CCG – 2014 / 2015



FONTE: SISTEMA MV MÓDULO FSCC

O GRAFICO 2 apresenta a dispersão verificada no cancelamento de cirurgias no Centro Cirúrgico Geral (CCG) no período de julho 2014 à junho de 2015; fonte: Sistema MV Módulo FSCC.

GRAFICO 3 – CIRURGIAS CANCELADAS NO CCG – 2015 / 2016



FONTE: SISTEMA MV MÓDULO FS CC

O GRAFICO 3 apresenta a dispersão verificada no cancelamento de cirurgias no Centro Cirúrgico Geral (CCG) no período de julho 2015 à junho 2016; fonte: Sistema MV Módulo FS CC.

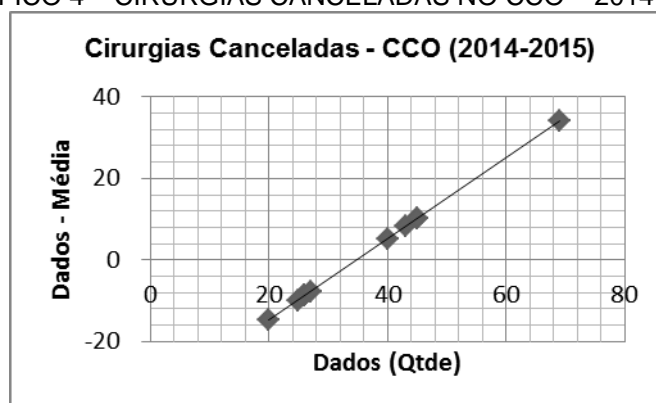
QUADRO 2 – EVOLUÇÃO DO CANCELAMENTO DE CIRURGIAS (CCO)

Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO)							
Período: 2014 -2015				Período: 2015 -2016			
Meses	Dados (Qtde)	Dados - Média	Quadrado	Meses	Quantidade	Dados - Média	Quadrado
	x_i	$x_i - \bar{x}$	$(x_i - \bar{x})^2$		x_i	$x_i - \bar{x}$	$(x_i - \bar{x})^2$
jul/14	40	5	27	jul/15	29	-8	71
ago/14	69	34	1.167	ago/15	36	-1	2
set/14	45	10	103	set/15	31	-6	41
out/14	26	-9	78	out/15	43	6	31
nov/14	43	8	67	nov/15	38	1	0
dez/14	26	-9	78	dez/15	34	-3	12
jan/15	45	10	103	jan/16	33	-4	20
fev/15	20	-15	220	fev/16	32	-5	29
mar/15	26	-9	78	mar/16	52	15	213
abr/15	26	-9	78	abr/16	57	20	384
mai/15	25	-10	97	mai/16	31	-6	41
jun/15	27	-8	61	jun/16	33	-4	20
média			Somatório	média			Somatório
35			2.158	37			863
Variância (s^2)			180	Variância (s^2)			72
Desvio Padrão			13	Desvio Padrão			8

FONTE: SISTEMA MV MÓDULO FS CC

O QUADRO 2 Apresenta a comparação do cálculo efetuado da variância e do desvio padrão no Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO), relativo ao período de 2014/215 e 2015/2016; fonte: Sistema MV Módulo FS CC.

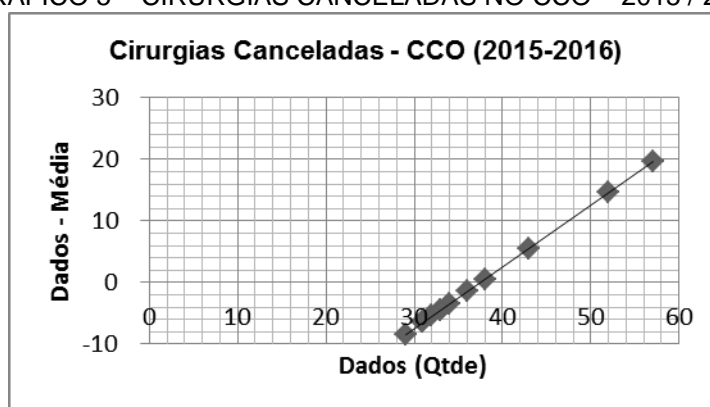
GRAFICO 4 – CIRURGIAS CANCELADAS NO CCO – 2014 / 2015



FONTE: SISTEMA MV MÓDULO FSCC

O GRAFICO 4 apresenta a dispersão verificada no cancelamento de cirurgias no Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO) no período de julho 2014 à junho 2015; fonte: Sistema MV Módulo FSCC.

GRAFICO 5 – CIRURGIAS CANCELADAS NO CCO – 2015 / 2016



FONTE: SISTEMA MV MÓDULO FSCC

O GRAFICO 5 apresenta a dispersão verificada no cancelamento de cirurgias no Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO) no período de julho 2015 à junho 2016; fonte: Sistema MV Módulo FSCC.

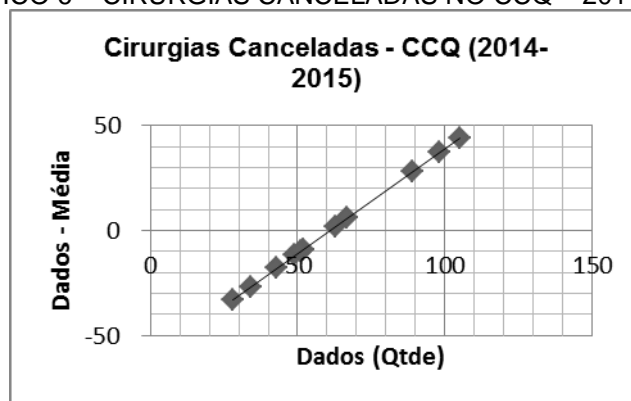
QUADRO 3 – EVOLUÇÃO DO CANCELAMENTO DE CIRURGIAS (CCQ)

Centro Cirúrgico Queimados e Plástica (CCQ)							
Período: 2014 -2015				Período: 2015 -2016			
Meses	Dados (Qtde)	Dados - Média	Quadrado	Meses	Quantidade	Dados - Média	Quadrado
	x_i	$X_i - \bar{X}$	$(x_i - \bar{x})^2$		x_i	$X_i - \bar{X}$	$(x_i - \bar{x})^2$
jul/14	52	-9	80	jul/15	39	-16	264
ago/14	52	-9	80	ago/15	42	-13	176
set/14	98	37	1.375	set/15	43	-12	150
out/14	105	44	1.943	out/15	59	4	14
nov/14	43	-18	321	nov/15	52	-3	11
dez/14	63	2	4	dez/15	88	33	1.073
jan/15	28	-33	1.084	jan/16	89	34	1.139
fev/15	34	-27	725	fev/16	67	12	138
mar/15	89	28	789	mar/16	56	1	1
abr/15	67	6	37	abr/16	52	-3	11
mai/15	49	-12	142	mai/16	62	7	46
jun/15	51	-10	98	jun/16	14	-41	1.702
média			Somatório	média			Somatório
61			6.677	55			4.722
Variância (s^2)			556	Variância (s^2)			394
Desvio Padrão			24	Desvio Padrão			20

FONTE: SISTEMA MV MÓDULO FSCC

O QUADRO 3 Apresenta a comparação do cálculo efetuado da variância e do desvio padrão no Centro Cirúrgico Queimados (CCQ), relativo ao período de 2014/215 e 2015/2016; fonte: Sistema MV Módulo FSCC.

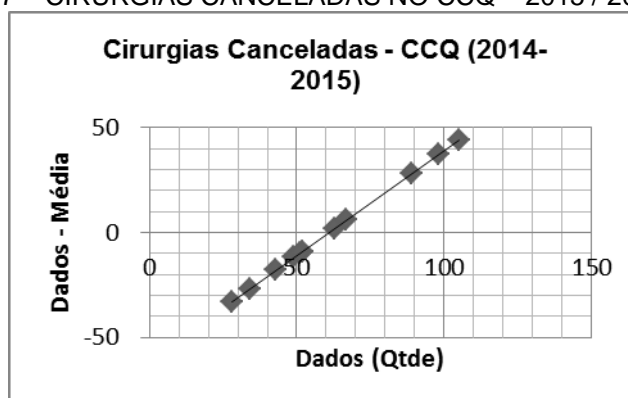
GRAFICO 6 – CIRURGIAS CANCELADAS NO CCQ – 2014 / 2015



FONTE: SISTEMA MV MÓDULO FSCC

O GRAFICO 6 apresenta a dispersão verificada no cancelamento de cirurgias no Centro Cirúrgico de Queimados (CCQ) no período de julho 2014 à junho 2015; fonte: Sistema MV Módulo FSCC.

GRAFICO 7 – CIRURGIAS CANCELADAS NO CCQ – 2015 / 2016



FONTE: SISTEMA MV MÓDULO FSCC

O GRAFICO 7 apresenta a dispersão verificada no cancelamento de cirurgias no Centro Cirúrgico de Queimados (CCQ) no período de julho 2015 à junho 2016; fonte: Sistema MV Módulo FSCC.

4.1.4 Cálculo do Coeficiente de Variação (CV) – Cirurgias Canceladas

Comparando o coeficiente de variância (CV) calculados no período de 2014 – 2015 em relação ao período de 2015 – 2016, verifica-se que houve redução nos cancelamentos de cirurgias efetuadas no Bloco Cirúrgico. Em especial no Centro Cirúrgico Obstétrico, que no período de 2015 – 2016, onde registrou-se um coeficiente de variância (CV) de 22,66%. Se comparado ao período anterior, as ações coordenadas adotadas pela Coordenação Administrativa, responsável pela administração e reorganização do Bloco Cirúrgico, propiciaram as condições internas necessárias para que houve-se a redução no indicador estatístico apresentado, conforme demonstrações e comparações dos gráficos e quadros apresentados sequencialmente.

QUADRO 4 - CÁLCULO DO COEFICIENTE DE VARIAÇÃO – 2014 – 2015

Cálculo do Coeficiente de Variação (Período: 2014 - 2015)			
Descrição	Médias (x)	Desvio Padrão (s)	CV
Centro Cirúrgico Geral	285	98	34,32%
Centro Cirúrgico Obstétrico	35	13	38,50%
Centro Cirúrgico de Queimados/Plástica	61	24	38,72%
Obs (CV = Coeficiente de Variação)			

FONTE: SISTEMA MV MÓDULO FSCC

O QUADRO 4 Apresenta o cálculo efetuado do coeficiente de variação nos 3 (três) centros cirúrgicos: Centro Cirúrgico Geral (CCG), Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO) e Centro Cirúrgico de Queimados (CCQ) no período de 2014 à 2015 onde observa-se percentual menor no Centro Cirúrgico Geral (CCG); fonte: Sistema MV Módulo FSCC.

QUADRO 5 - CÁLCULO DO COEFICIENTE DE VARIAÇÃO – 2015 – 2016

Cálculo do Coeficiente de Variação (Período: 2015 - 2016)			
Descrição	Médias (x)	Desvio Padrão (s)	CV
Centro Cirúrgico Geral	212	73	34,26%
Centro Cirúrgico Obstétrico	37	8	22,66%
Centro Cirúrgico de Queimados/Plástica	55	20	35,90%
Obs (CV = Coeficiente de Variação)			

FONTE: SISTEMA MV MÓDULO FSCC

O QUADRO 5 Apresenta o cálculo efetuado do coeficiente de variação nos 3 (três) centros cirúrgicos: Centro Cirúrgico Geral (CCG), Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO) e Centro Cirúrgico de Queimados (CCQ) no período de 2015 à 2016 onde se observa percentual menor no Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO); fonte: Sistema MV Módulo FSCC.

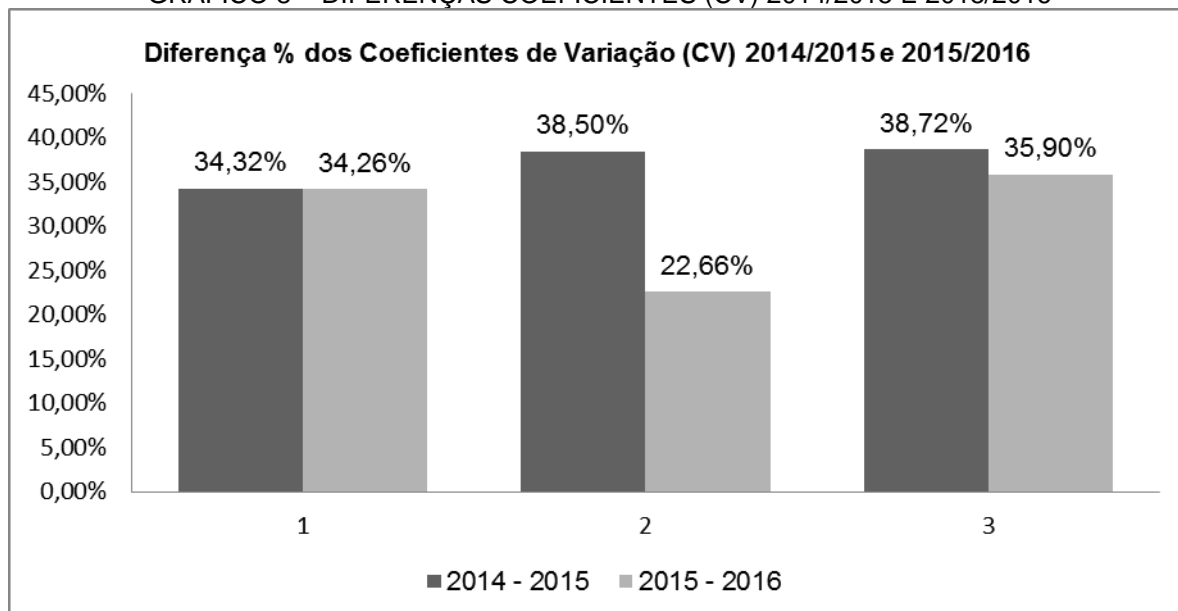
QUADRO 6 - CÁLCULO DO COEFICIENTE DE VARIAÇÃO – 2014 – 2016

Diferenças dos Coeficientes de Variação (CV) Calculados por Períodos Analisados			
Descrição	2014 - 2015	2015 - 2016	Diferença
Centro Cirúrgico Geral	34,32%	34,26%	0,06%
Centro Cirúrgico Obstétrico	38,50%	22,66%	15,83%
Centro Cirúrgico de Queimados/Plástica	38,72%	35,90%	2,82%
Obs (CV = Coeficiente de Variação)			

FONTE: SISTEMA MV MÓDULO FSCC

O QUADRO 6 Compara o cálculo efetuado do coeficiente de variação nos 3 (três) centros cirúrgicos: Centro Cirúrgico Geral (CCG), Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO) e Centro Cirúrgico de Queimados (CCQ) nos períodos de 2014/2015 e 2015/2016 onde se observa percentuais menores apurados nos 3 (três) centros cirúrgicos no período de 2015 à 2016; fonte: Sistema MV Módulo FSCC.

GRAFICO 8 – DIFERENÇAS COEFICIENTES (CV) 2014/2015 E 2015/2016



FONTE: SISTEMA MV MÓDULO FSCC

O GRAFICO 8 apresenta as diferenças percentuais verificadas entre os coeficientes de variância (CV) calculados no período de 2014/2015 e 2015/2016; fonte: Sistema MV Módulo FSCC.

Observou-se através do cálculo efetuado do desvio padrão, variância e coeficiente de variação nos períodos analisados, que houve redução no cancelamento de cirurgias efetuadas nos 3 (três) centros cirúrgicos analisados.

Sendo que a redução verificado ocorreu no período de julho de 2015 à junho de 2016, onde fora efetuado a implantação da Organização Administrativa de Processo Aplicado no Bloco Cirúrgico.

4.2 ORGANIZAÇÃO DO FLUXO DAS SALAS CIRÚRGICAS

Visando o cumprimento e seguimento da ordem estabelecida no mapa cirúrgico, confeccionado diariamente pela central de agendamento cirúrgico para os 3 (três) centros cirúrgicos: Centro Cirúrgico Geral (CCG), Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO) e Centro Cirúrgico de Queimados/Plástica (CCQ), priorizou-se o giro/uso das salas cirúrgicas conforme agendamento prévio no mapa cirúrgico e disponibilidade das equipes médicas presentes para realização das cirurgias. As salas cirúrgicas pertencem ao hospital universitário e devem funcionar conforme sequência, disponibilidades e interesses desta instituição. Sendo que este controle foi aprimorado através da disponibilização de uma enfermeira responsável pela organização assistencial do Bloco e apoio a equipe médica. Composta por cirurgiões, anestesistas, circulantes de sala, residentes e demais profissionais responsáveis pela realização dos procedimentos cirúrgicos efetuados de forma diária.

4.2.1 Disponibilização do Mapa Cirúrgico para os Setores de Apoio do Hospital

Esta iniciativa tinha como principal objetivo o planejamento e organização prévia dos demais setores do hospital a serem envolvidos no apoio a realização das cirurgias como: Setor de OPME, que é responsável pelo fornecimento de materiais especiais e itens específicos essenciais para a realização das cirurgias. Assim como o NIR (Núcleo Interno de Regulação), que é o setor responsável pela reserva de leitos, em especial leitos de UTI (Unidade de Terapia Intensiva), os quais são indispensáveis para a realização de cirurgias de Alta Complexidade (AC) e no caso de pacientes portadores de quadros graves, que necessitam de cuidados intensivos. Também favorece setores como a Rouparia, que tem a finalidade de providenciar as roupas e campos cirúrgicos necessários para a realização de cirurgias de forma prévia. Além do Almoxarifado e Farmácia, que mediante a disponibilização do número de cirurgias, conseguem separar e provisionar de maneira adequada todos

os materiais e medicamentos necessários para a realização dos procedimentos cirúrgicos. Além de setores de apoio que passam a ter uma informação previa disponibilizada via intranet, que favorece o processo de organização e planejamento das cirurgias a serem realizadas.

4.2.2 Implantação do Protocolo de Cirurgia Segura

Em reportagem publicada na revista Época em novembro de 2012, Segatto (2012, p. 94 – 102), revela os bastidores e submundo de alguns hospitais no Brasil e demais países que cometem erros grosseiros. Colocando em risco o bem mais precioso que as pessoas possuem que é a vida. Esta reportagem trata de um estudo realizado por pesquisadores de Harvard em dez hospitais americanos que revela que 25% dos pacientes internados, já sofreram de algum tipo de dano, ou evento adverso. Que pode gerar ou não danos aos pacientes. Sendo que em alguns casos podem levar os pacientes a óbito por outras complicações. Que muitas vezes não fazem parte do quadro ou tratamento dos pacientes atendidos.

Para mitigar riscos e contribuir para a cultura de Segurança do Paciente, preconiza-se a utilização e implantação da chamada “cultura do checklist”. Que são procedimentos parecidos utilizados pelos pilotos de avião. Que tem por objetivo reduzir o risco de erros. Porém a implantação do chamado Protocolo de Cirurgia Segura”, encontra muita resistência em sua implantação no meio médico. Sendo que uma das causas mais comuns nestes casos são o excesso de confiança dos profissionais médicos, que acabam submetendo os pacientes atendidos a riscos desnecessários que podem comprometer todo o procedimento cirúrgico.

Segundo o Manual do Ministério da Saúde/ANVISA e Fio Cruz (2013, p. 1) a principal finalidade do Protocolo de Cirurgia Segura seria a seguinte:

Determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde - OMS1.

O Manual do Ministério da Saúde/ANVISA e Fio Cruz (2013, p. 1-2), recomenda a adoção do Protocolo de Cirurgia Segura. Cuja adoção pelas

instituições hospitalares se justifica devido a inúmeros argumentos e estatísticas favoráveis apresentadas:

O volume anual de cirurgias de grande porte foi estimado entre 187 e 281 milhões, a partir de dados de 56 países, o que representa, aproximadamente, uma cirurgia para cada 25 pessoas por ano. Nas últimas décadas, as técnicas cirúrgicas foram bastante aperfeiçoadas, aumentando as oportunidades de tratamento de patologias complexas. No entanto, esses avanços também aumentaram de modo expressivo, o potencial de ocorrência de erros que podem resultar em dano para o paciente e levar à incapacidade ou à morte. Revisão sistemática realizada em 2008 sobre a ocorrência de eventos adversos em pacientes internados revelou que 01 (um) em cada 150 (cento e cinquenta) pacientes hospitalizados morre em consequência de um incidente. O mesmo estudo revelou que quase dois terços dos eventos adversos ocorridos em ambiente hospitalar foram associados ao cuidado cirúrgico. As taxas de eventos adversos em cirurgia geral variam, segundo diferentes estudos e métodos de avaliação, entre 2% e 30%⁵. Os problemas associados à segurança cirúrgica são bem conhecidos nos países desenvolvidos, porém menos estudados nos países em desenvolvimento. Há relatos internacionais de recorrentes e persistentes ocorrências de cirurgias em locais errados, em órgãos vitais como pulmões e cérebro, além de pacientes que tiveram o rim, a glândula adrenal, a mama ou outro órgão sadio removido. A atenção que tais eventos invariavelmente atraem na mídia abala a confiança do público nos sistemas de saúde e nos profissionais de saúde. Estima-se que as cirurgias em local errado e no paciente errado ocorram em cerca de 01 em cada 50.000 a 100.000 procedimentos nos Estados Unidos (EUA), equivalendo a 1.500 a 2.500 eventos adversos deste tipo por ano^{6,7}. Uma análise de eventos sentinelas relatados pela Joint Commission (JC), dos EUA, entre 1995 e 2006, apontou que 13% dos eventos adversos relatados devia-se a cirurgias em sítios errados. A literatura corrobora com a suposição de que a cirurgia em local errado é mais comum em certas especialidades, particularmente em cirurgias ortopédicas. Em um estudo com 1.050 cirurgiões de mão, 21% relataram ter realizado pelo menos uma cirurgia em local errado em suas carreiras. Uma análise dos acionamentos de seguros para erro médico que ocorreram após cirurgias ortopédicas demonstraram que 68% derivaram de cirurgias em locais errados. Existem evidências de que a Lista de Verificação de Cirurgia Segura reduz complicações e salva vidas. Estudo realizado em oito países encontrou uma redução de 11% para 7% da ocorrência de complicações em pacientes cirúrgicos e uma diminuição de mortalidade de 1,5% para 0,8% com a adoção da lista de Verificação. Um estudo holandês mostra uma queda nas complicações entre pacientes cirúrgicos de 15,4% para 10,6% e da mortalidade de 1,5% para 0,8%. A Lista de Verificação foi aprovada por 25 países, que declararam ter mobilizado recursos para sua implementação e, em novembro de 2010, 1.788 hospitais no mundo haviam relatado o seu uso¹¹. Nos últimos quatro anos, com o apoio da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), dos EUA, um grupo de especialistas das áreas de qualidade do cuidado e segurança do paciente, conduziu uma abrangente e rigorosa revisão sistemática sobre a evidência científica do que denominaram de Estratégias para a Segurança do Paciente (Patient Safety Strategies - PSSs). O estudo indicou a implementação de 22 estratégias com evidências suficientemente robustas para melhorar a segurança, considerando entre as estratégias, a implementação da Lista de Verificação de Cirurgia Segura como fortemente recomendada.

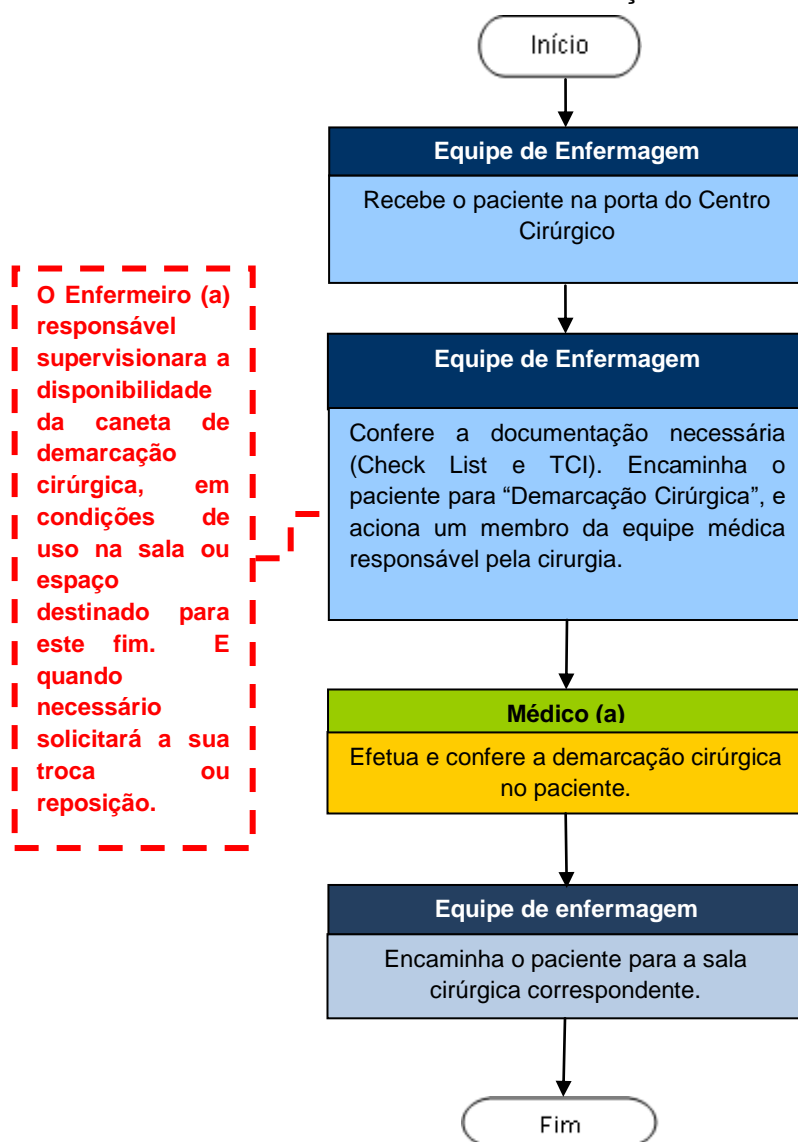
Além de comprometer a imagem e reputação da instituição hospitalar e submeter tanto os profissionais médicos como a instituição hospitalar a processos jurídicos que podem causar inúmeros prejuízos de ordem financeira, ligados à continuidade da prestação de serviços e funcionamento. Sendo que nesta linha a implantação do Protocolo de Cirúrgica constituiu um desafio nas instituições hospitalares.

No hospital universitário objeto deste estudo, a Implantação do Protocolo de Cirurgia Segura se deu conforme esforço conjunto e apoio da Direção Geral, Técnica e Diretoria de Operações. Que envolveu setores como a enfermagem, SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar) e setor de Qualidade.

Inicialmente o Diretor Técnico reuniu todo o corpo clínico do hospital para conscientizá-los sobre a importância de adesão a este importante instrumento de segurança para os pacientes e por que não dizer para as equipes de assistência como um todo. Sendo que um dos primeiros desafios foi instituir o hábito e prática necessária da demarcação cirúrgica. Outra barreira foi disponibilizar uma caneta especial para realização das demarcações cirúrgicas. E vencido este desafio, outra dificuldade foi convencer as equipes médicas a realizarem as demarcações cirúrgicas de forma prévia, no leito de internação.

Para os casos de não demarcação cirúrgica no leito de internação, uma solução paliativa foi disponibilizar dentro do Bloco Cirúrgico uma sala específica para realização das demarcações cirúrgicas. Equipada com: uma maca e caneta de demarcação cirúrgica disponível para a realização das demarcações cirúrgicas antes do início dos procedimentos, conforme fluxo seguido na figura demonstrada a seguir:

FIGURA 5 - FLUXOGRAMA PARA DEMARCAÇÃO CIRÚRGICA – BLOCO CIRÚRGICO



FONTE: BLOCO CIRÚRGICO

Apesar das resistências o protocolo de Cirurgia Segura foi implantado no hospital universitário. Proporcionando segurança e preservação da vida dos pacientes. Além de reduzir sob maneira a ocorrência de eventos adversos de natureza cirúrgica. Como necessidade e sugestão o modelo de Check List a ser seguido, foi adaptado (Apêndice 1), para uso conforme as necessidade da instituição hospitalar objeto deste estudo. Também fora adaptado as necessidades do hospital o documento intitulado Termo de Consentimento Informado (TCI). Sendo que este documento tem a finalidade de esclarecer aos pacientes em que circunstâncias se dará a execução do procedimento, além dos riscos inerentes ao mesmo. Sendo que

após atenta leitura o paciente dever assinar o presente documento, que será arquivado juntamente com demais documentos em seu prontuário médico.

4.2.3 Rotinas de Manutenção de Equipamentos Biomédicos

As boas praticas relacionadas às rotinas de manutenção dos Equipamentos Biomédicos constituem-se como importantes alicerces na pratica diária de assistência aos pacientes atendidos no Bloco Cirúrgico. Tendo em vista que todos os equipamentos precisam estar em perfeito estado de funcionamento para prevenir a ocorrência de eventos adversos, que possam prejudicar ou comprometer a assistência a ser prestada aos pacientes atendidos no Bloco. C

As rotinas, foram estabelecidas visando manter o responsável pela manutenção dos equipamentos biomédicos, para atuação nos 3 (três) centros cirúrgicos do Bloco, uma rotina diária em que, logo no inicio das atividades, os colaboradores responsáveis pela manutenção de equipamentos do Bloco Cirúrgico, efetuariam a checagem diária do funcionamento dos equipamentos, fariam a anotação dos dados obtidos por intermédio de verificações aferidas, e fariam quando necessário manutenções preventivas e corretivas. Visando o melhor funcionamento dos equipamentos biomédicos. Além de realizar o controle via etiquetas em cada equipamento e dispendo controle da validade das manutenções preventivas realizadas. Sendo esta prática inclusive necessária e obrigatória. Tendo em vista que periodicamente a Vigilância Sanitária, em inspeções a serem realizadas para renovação do documento de Licença Sanitária, solicita e cobra a regularidade destas aferições. O ministério da Saúde (MS) recomenda esta prática para todos os hospitais no Brasil. E os órgãos fiscalizadores (municipal, estadual e federal), são responsáveis pela verificação periódica do cumprimento destas orientações as quais estão especificadas em portarias e manuais de orientações publicados.

Conforme o Ministério da Saúde (2012, p. 14-15) a importância da implantação de uma politica de manutenção de equipamentos biomédicos, se deve aos seguintes aspectos a serem observados:

Ao se implantar um sistema de manutenção de equipamentos médico-hospitalares é necessário considerar a importância do serviço a ser executado e principalmente a forma de gerenciar a realização desse serviço. Não basta a uma equipe de manutenção simplesmente consertar um equipamento - é preciso conhecer o nível de importância do equipamento nos procedimentos clínicos ou nas atividades de suporte (apoio) a tais procedimentos. É necessário conhecer a história do equipamento dentro do Estabelecimento de Assistência à Saúde (EAS), a que grupo ou família de equipamentos ele pertence, sua vida útil, seu nível de obsolescência, suas características de construção, a possibilidade de substituição durante a manutenção; enfim, tudo o que se refira ao equipamento e que possa, de alguma maneira, subsidiar o serviço de manutenção, visando obter segurança e qualidade no resultado do trabalho. Todos esses dados vão auxiliar o técnico na análise para detecção de falhas, no conhecimento sobre a urgência da realização do serviço, no estabelecimento de uma rotina de manutenção preventiva e na obtenção do nível de confiabilidade exigido, já que uma manutenção inadequada poderá colocar em risco a vida do paciente. Cabe, portanto, ao responsável pelo grupo, a partir do conhecimento do EAS, de sua infra-estrutura e do parque de equipamentos instalados, estabelecer um sistema de gerenciamento de serviços capaz de garantir a presteza e confiabilidade na execução. Porém, todo um sistema perfeito de gerenciamento dos serviços de manutenção não será útil se não estiver efetivamente vinculado a um sistema de gerenciamento dos recursos humanos envolvidos nesses Equipamentos Médico-Hospitalares e o Gerenciamento da Manutenção 15 atividade. É imprescindível que os técnicos participem sempre de cursos de treinamento, principalmente quando novos equipamentos forem adquiridos, que haja monitoração constante de sua produtividade e da qualidade dos serviços por eles realizados, que saibam interagir com o corpo clínico de maneira cordial e eficiente, que conheça os termos médicos para entender e se fazer entender. Assim é imprescindível que o pessoal de apoio administrativo também esteja envolvido no tipo de trabalho do grupo de manutenção, que não se resume apenas nos serviços de manutenção propriamente ditos, mas, no auxílio na aquisição de novos equipamentos, na realização ou acompanhamento de testes no momento do recebimento desses equipamentos e eventualmente na instrução aos usuários sobre a sua utilização adequada. Assim, além do gerenciamento do serviço de manutenção, cabe ao responsável pela equipe de manutenção estabelecer um sistema de gerenciamento dos recursos humanos sob sua responsabilidade capaz de garantir que todo o pessoal que compõe a equipe, sejam da área técnica ou administrativa, execute seu trabalho com qualidade. Deste modo, um sistema de gerenciando da manutenção de equipamentos médico-hospitalares só será completo se abarcar o gerenciamento dos serviços e dos recursos humanos. **IMPLANTAÇÃO** Ao ser designado ou contratado para a elaboração de uma tarefa que envolva um razoável investimento financeiro para a aquisição de recursos materiais e humanos, é de fundamental importância que o responsável por esta tarefa conheça e entenda a situação atual do ambiente em que está trabalhando. Esse conhecimento permitirá que ele apresente à sua chefia uma proposta de trabalho com todas as metas a serem atingidas e respectivas justificativas, os recursos materiais e humanos necessários, os prazos para o cumprimento desses objetivos e, principalmente, o investimento financeiro necessário para atingir cada meta. A elaboração deste tipo de proposta é necessária não só para a montagem, mas para a implantação ou reformulação de qualquer atividade dessa área que envolva recursos financeiros, materiais ou Humano.

4.2.4 Ameaças para o Bloco Cirúrgico

O Bloco cirúrgico a exemplo de outras empresas que trabalham na organização do processo de produção enfrenta dificuldades operacionais no seu dia a dia. As quais precisam ser corrigidas por intermédio do planejamento e ações administrativas imediatas, visando a melhoria dos processos executados. Afinal o produto básico razão de ser desta prestação de serviços é fundamentalmente o bem estar e recuperação dos pacientes por ele atendidos. Neste sentido podemos elencar os principais pontos críticos que requerem especial atenção de seus gestores e precisam ser cotidianamente trabalhados, visando a implementação de melhorias e adequações:

- Pacientes Entubados dentro do Centro Cirúrgico (CCG) que deveriam ser encaminhados para UTI (Unidade de Terapia Intensiva);
- Funcionamento e Manutenção de Equipamentos no período de 24 (vinte e quatro horas);
- Utilização de Protocolos Clínicos (Cirurgia Segura);
- Padronização de Materiais e Medicamentos para Uso;
- Programação para Fornecimento de Materiais, Medicamentos, OPME e Insumos (Médicos);
- Disponibilização de Leitos de UTI;
- Agendamento de Cirurgias (Encaixes e Emergências);
- Liberação Prévia de Procedimentos e Materiais Especiais (OPME e Demais Materiais) - Convênios e SUS.

4.2.5 Oportunidades para o Bloco Cirúrgico

O hospital universitário detentor do Bloco Cirúrgico propicia oportunidades de crescimento da produção e aumento de atendimentos. Haja vista possuir um dos maiores Pronto Socorro a serviço da comunidade. E também é referencia nos atendimentos prestados a queimados e cirurgia plástica. O Pronto Socorro é uma das principais portas de entrada para o hospital, somado aos atendimentos ambulatoriais. Por intermédio de atendimentos oriundos do P S (Pronto Socorro), há possibilidade de incrementos de receitas, especialmente na realização dos

procedimentos de Alta Complexidade (AC), especificamente obtidos da complexidade dos atendimentos prestados nesta unidade.

Além de possuir uma grande porta de entrada para geração de atendimentos e realização de cirurgias de Alta Complexidade (AC), o funcionamento do Bloco Cirúrgico pode ser favorecido por outras características do hospital universitárias listadas como:

- Atendimento de Urgência e Emergência - SIATE e SAMU (Porta Aberta);
- Localização Privilegiada do HUEC;
- Corpo Clínico Qualificado;
- Referência em Tratamento de Queimados, Cirurgia Plástica, Cirurgia Geral, Traumatologia, Gestação de Alto Risco e Outras Especialidades;
- Atendimento Ambulator io de Diversas Especialidades;
- Disponibilidade dos Principais Serviços de Apoio para Diagnostico e Tratamento (SADT's);
- Disponibilidade de Leitos de UTI (Adulto e Neonatal).

O hospital em análise   referencia no atendimento de urgência e emergência, queimados, gesta o de risco, transplantes e possui corpo clinico qualificado. Além da localiza o privilegiada que favorece o acesso e a procura aos serviços de saúde ofertados. Este conjunto de fatores favorece o hospital em análise na busca pelo aumento na realiza o de cirurgias e procedimentos de Alta Complexidade (AC), através do Bloco Cirúrgico.

4.3 READEQUA O DO AGENDAMENTO CIRÚRGICO

O Agendamento cirúrgico realizado no hospital universitário   responsável pela organiza o e programa o de todas as cirurgias que serão realizadas no Bloco Cirúrgico. Sendo que a atividade de montagem do mapa cirúrgico   diária. E se inicia a partir do agendamento prévio realizado pelo médico responsável, diretamente por meio do site e aplicativo disponibilizado via internet, o qual o médico pode acessar a partir do computador ou diretamente por meio de seu telefone celular. O mesmo agenda a cirurgia eletiva, e a partir deste movimento   gerado um

documento que é impresso pela colaboradora administrativa que atua na Central de Agendamento Cirúrgico, que por meio de sistema de informática disponibilizado, a mesma alimenta o mapa cirúrgico. E consequentemente programa as cirurgias do dia seguinte para realização. Sendo que esta tarefa segue fluxo de horários e procedimentos estabelecidos, para permitir a melhor comunicação entre os centros cirúrgicos pertencentes ao bloco.

Também a verificação de materiais consignados, órteses e próteses, são efetuados de forma prévia para permitir que os serviços de apoio possam separar e solicita os materiais necessários para execução dos procedimentos na data agendada. Também os documentos e guias necessárias deverão ser solicitadas dentro do tempo hábil estabelecido para o agendamento das cirurgias solicitadas.

4.3.1 Implantação de Melhorias no Bloco Cirúrgico

Visando melhorar o conforto médico e propiciar melhores condições de trabalho, a coordenação do Bloco Cirúrgico, dentro das possibilidades disponibilizadas no hospital universitário, efetuou algumas reformas e melhorias que permitiram melhores fluxos de trabalho e contribuíram para prover uma ambiência mais agradável e apropriada para as equipes atuantes nos 3 (três) centros cirúrgicos do bloco como: disponibilização de novos aparelhos de TV e conexão a internet, instalação de novos bebedouros de água, disponibilização de máquinas portando salgadinhos, doces, bolachas, sucos, chocolates e café no Centro Cirúrgico Geral. Reforma dos sofás para descanso médico. Disponibilização de mais armários para a guarda de pertences da equipe médica. Além da construção de 3 (três) leitos de Recuperação Pós Anestésica no Centro Cirúrgico de Queimados.

4.3.2 Elaboração de Processo para Montagem de uma Nova Sala Cirúrgica

Este projeto fora elaborado em parceria através do médico chefe da Neurologia, visando a disponibilização de uma segunda sala cirúrgica para a realização específica de cirurgias neurológicas de Alta Complexidade. Na ocasião fora elaborado um detalhado projeto para captação de recursos financeiros oriundos da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, para o custeio deste projeto.

O objetivo principal seria dispor de uma segunda sala destinada especificamente para a realização de cirurgias de Alta Complexidade (AC). Que por sua vez incrementaria de forma significativa as receitas oriundas destes procedimentos cirúrgicos, além de permitir o uso para outras equipes médicas para realização de cirurgias específicas de Alta Complexidade. Sendo que esta sala seria instalada ou reativada na sala de número 10 (dez) que estaria desativada no Centro Cirúrgico Geral.

O projeto mencionado foi encaminhado para a Secretaria Estadual de Saúde e aguarda parecer favorável para a liberação dos recursos específicos solicitados para a compra de equipamentos para montagem e reativação de nova sala cirúrgica. Que a princípio seria utilizada pela equipe de Neurologia. A qual é responsável por parcela significativa dos procedimentos de Alta Complexidade realizados no Bloco Cirúrgico do hospital universitário.

4.3.3 Cumprimento das Metas Contratuais de Produção Cirúrgica Estabelecidas e Pactuadas com a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba – Média e Alta Complexidade

O hospital universitário mantém convênios para prestação de serviços de saúde em âmbitos: municipal, estadual e federal. No âmbito municipal o contrato mantido com a prefeitura estabelece a necessidade da realização de quantidade específica de cirurgias de Média Complexidade (MC) e cirurgias de Alta Complexidade (AC). As quantidades para realização mensal são estabelecidas a partir de médias de produção apuradas nos últimos exercícios.

Caso o hospital não atinja as metas pactuadas em contrato mantido com a Secretaria municipal de Saúde do município, haverá descontos financeiros e necessidade de reposição das metas não atingidas. Sendo que o monitoramento e controle das metas ocorre de forma mensal, em conjunto com a equipe responsável pelo acompanhamento da produção efetuada do hospital.

No caso específico dos procedimentos de Alta Complexidade, não há restrições para sua realização. Ou seja, quanto mais o hospital realiza procedimentos de Alta Complexidade (AC) no âmbito do Sistema Único de Saúde, mais receitas poderão ser geradas. E portanto incrementar o repasse de recursos financeiros oriundos da produção cirúrgica. Já no caso de procedimentos de Média

Complexidade (MC), o valor do repasse de recursos é fixo. E não há incrementos para a produção que porventura vier a extrapolar os números pactuados. Ou seja, é recomendável atingir os números pactuados, dentro do período de exercício objeto da produção cirúrgica.

Em relação ao município de Curitiba, os hospitais mantêm contratos de saúde firmados com a prefeitura municipal, nos quais são estabelecidas metas de produção. Que precisam ser atingidas mensalmente com a realização de procedimentos oriundos de atendimentos referentes a: internamentos, urgência e emergência e ambulatoriais. Sendo que ambos podem produzir atendimentos clínicos e cirúrgicos.

Especificamente no âmbito do contrato de prestação de serviços de saúde, firmada com o município de Curitiba, são estabelecidos critérios de produção definidos pela média de produção apurada e renovada de forma anual, por meio da repactuação de serviços de saúde. Onde os atendimentos efetuados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), são definidos por valores constantes no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses e Próteses Médicas do SUS, conhecida pela sigla SIGTAP e demais incentivos pactuados.

Sendo que nesta tabela os procedimentos listados são considerados de Média e de Alta Complexidade. De acordo com a natureza das doenças, listadas no Código Internacional de Doenças (CID). Sendo que este enquadramento normalmente é definido pelo médico responsável pelo atendimento e tratamento dos pacientes assistidos.

Para a realização de procedimentos de Média Complexidade, o contrato prevê a remuneração em valores pré-definidos, em conformidade com um valor limite pactuado. Sendo que se os valores pactuados forem ultrapassados no quesito de produção excedente, especificamente na média complexidade, não haverá remuneração adicional.

Já o mesmo não ocorre em relação a realização de procedimentos considerados na tabela SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS) de Alta Complexidade. Onde não há limites financeiros específicos pré-estabelecidos e definidos no contrato de prestação de serviços mantido com o ente municipal.

4.4 CRIAÇÃO E MONITORAMENTO DE INDICADORES DE PRODUÇÃO

Os indicadores de produção funcional como painel de bordo e devem ser monitorados diariamente para permitir os controles, ajustes e demais correções que se fizerem necessárias. Sendo essencial a alimentação e uso do sistema de informática do bloco, para tabulação dos dados de produção e verificação das metas contratual de produção, estabelecidas coma Secretaria Municipal de Saúde.

Em paralelo ao controle de indicadores, semanalmente são realizadas reuniões de trabalho entre os responsáveis das principais áreas envolvidas no processo de produção para checagem das metas contratuais a serem obtidas, e para efetuar correções de rumos necessárias, conforme o comportamento e curva dos indicadores observados, por meio de relatórios monitorados pelo setor de faturamento do hospital.

4.4.1 Núcleo de Regulação Interna (NIR)

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) desempenha importante papel de apoio nas atividades do Bloco Cirúrgico. O mesmo é responsável pela reserva de leitos eletivos e de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a serem utilizados para a realização de cirurgias em pacientes com quadro clínicos específicos e delicados.

Diariamente a enfermeira responsável por este setor disponibiliza relatório de controle onde as vagas disponíveis são reservadas de forma prévia, para a realização de procedimentos cirúrgicos. Em especial para a realização de cirurgias de Alta Complexidade (AC). Onde especialidades como: Cardiologia, Neurocirurgia, Oncologia, Transplantes e outras. As quais para poderem realizar suas cirurgias, necessitam da disponibilização de leitos de UTI, para poderem programar e realizar suas cirurgias.

4.4.2 Implementação de Projeto para Montagem de 3 (Três) Leitos de REPAE (Recuperação Pós Anestésica) no CCQ (Centro Cirúrgico de Queimados)

A implantação de 3 (três) leitos de REPAE (Sala de Recuperação Pós Anestésica) se deu pela necessidade do Centro Cirúrgico de Queimados e Cirurgia Plástica realizar suas cirurgias e poder gerar maior giro nas salas cirúrgicas deste

centro cirúrgico. Uma vez que algumas cirurgias, que apresentam duração maior para realização acabavam se prolongando durante o dia e inviabilizando a utilização da sala cirúrgica para realização de outras cirurgias.

A disponibilização das salas pós-anestésica permitiu que este centro cirúrgico pudesse dar melhor vazão as suas cirurgias. Que por consequência elevou a realização de cirurgias plástica oriundas de pacotes cirúrgicos particulares e de convênios. O que por consequência gerou importante incremento de receitas já somadas a produção cirúrgica deste centro cirúrgico.

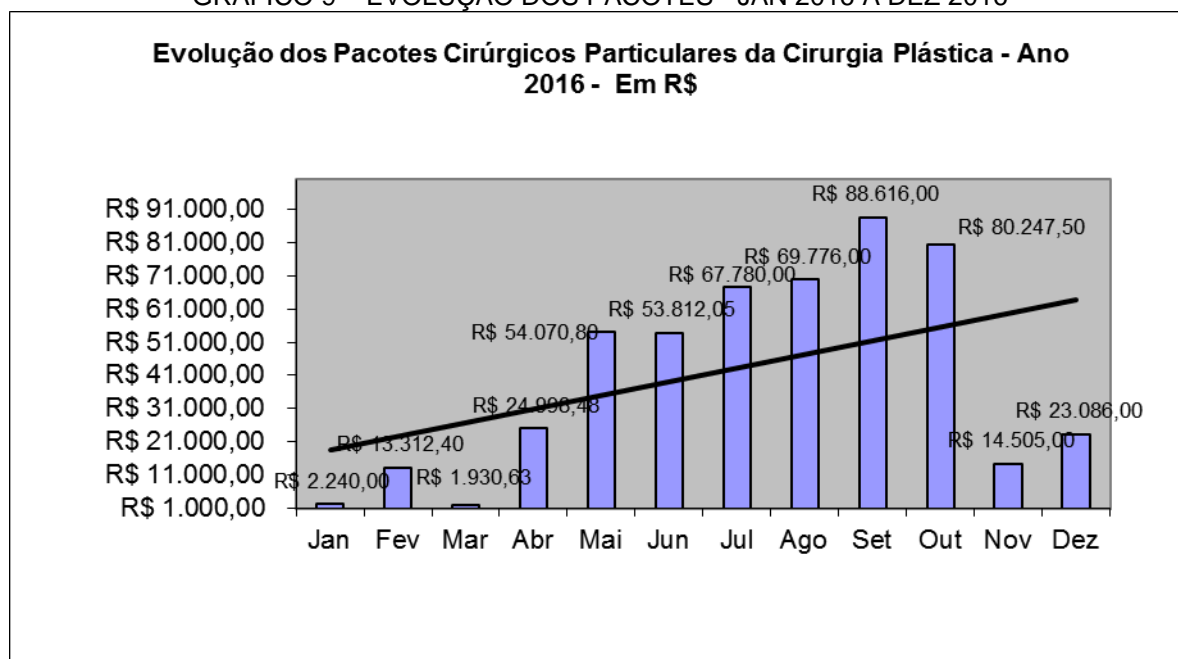
A seguir na tabela abaixo apresentada e na evolução gráfica projetada pode-se verificar a evolução positiva crescente do número de cirurgias de pacotes cirúrgicos particulares de cirurgias plásticas, realizados no Centro Cirúrgico de Queimados. Sendo que os valores cobrados estão dispostos em tabelas específicas elaboradas para remuneração financeira dos pacotes cirúrgicos. Onde os honorários médicos são repassados regularmente para os médicos responsáveis. Sendo que em relação aos valores da parte hospitalar do pacote, há possibilidade do paciente efetuar o parcelamento para pagamento em até 3 (três) vezes.

TABELA 1 – EVOLUÇÃO DOS VALORES DE PACOTES NO CCQ

Mês	Qtde	Valor
jan/16	1	R\$ 2.240,00
fev/16	7	R\$ 13.312,40
mar/16	1	R\$ 1.930,63
abr/16	8	R\$ 24.998,48
mai/16	12	R\$ 54.070,80
jun/16	12	R\$ 53.812,05
jul/16	15	R\$ 67.780,00
ago/16	17	R\$ 69.776,00
set/16	31	R\$ 88.616,00
out/16	28	R\$ 80.247,50
nov/16	9	R\$ 14.505,00
dez/16	5	R\$ 23.086,00
Total	146	R\$ 494.374,86

FONTE: SISTEMA MV MODULO FCONV

GRAFICO 9 – EVOLUÇÃO DOS PACOTES - JAN 2016 À DEZ 2016



FONTE: SISTEMA MV MÓDULO FSCC

O GRAFICO 9 apresenta a evolução financeira em R\$ dos pacotes de cirurgia plástica realizados no Centro Cirúrgico de Queimados (CCQ) no ano de 2016; fonte: Sistema MV Módulo FSCC.

4.4.3 Demonstração de Resultado do Exercício (DRE) do Bloco Cirúrgico

Conforme modelo elaborado no período comparativo de junho de 2015 (data da implantação da Coordenação Administrativa no Bloco Cirúrgico), comparado ao mês de junho de 2016, verificou-se redução nos custos e despesas do Centro Cirúrgico de Queimados em praticamente 13% (treze por cento). E redução nas despesas do Centro Cirúrgico Geral em torno de 4% (quatro por cento), em comparação ao período anterior. Já no Centro Cirúrgico Obstétrico verificou-se elevação das despesas e custos na ordem de 3% (três por cento). As receitas comparativas nos períodos analisados demonstram que no Centro Cirúrgico Geral houve leve aumento. No Centro Cirúrgico de Queimados e Plástica houve pequena queda nas receitas comparadas. E no Centro Cirúrgico Obstétrico houve redução nas receitas produzidas, comparativas no período analisado, conforme números demonstrados no quadro 7 (sete).

QUADRO 7 – DRE – BLOCO CIRÚRGICO – JUNHO 2015 / JUNHO 2016

DEMONSTRAÇÃO DE RESULTADO DO EXERCÍCIO (DRE) - BLOCO CIRÚRGICO - JUN 2015 / JUN 2016												
RECEITAS	CCG - (C. C. Geral)				CCQ - C. C. Queimados)				CCO - (Obstétrico e Gineco)			
	jun/15		jun/16		jun/15		jun/16		jun/15		jun/16	
	Valor R\$	Qtde	Valor R\$	Qtde	Valor R\$	Qtde	Valor R\$	Qtde	Valor R\$	Qtde	Valor R\$	Qtde
CONVENIOS	148.111,44	63	156.545,50	59	177.462,12	76	219.101,65	83	22.321,82	10	22.761,15	8
MEDIA COMPLEXIDADE SUS	529.149,51	334	295.207,52	252	31.973,86	30	37.854,24	22	172.529,21	212	93.738,68	154
ALTA COMPLEXIDADE SUS	1.032.914,68	185	1.360.319,37	200	247.106,58	47	144.686,93	24	26.007,52	6	68.037,52	11
Totais	1.710.175,63	582	1.812.072,39	511	456.542,56	153	401.642,82	129	220.858,55	228	184.537,35	173
Despesas (-)	CCG - (C. C. Geral)				CCQ - C. C. Queimados)				CCO - (Obstétrico e Gineco)			
(-) Custos Variáveis (CV)	1.125.854,82	65,83%	1.238.043,23	68,32%	157.966,47	34,60%	190.889,14	47,53%	269.722,80	122,12%	217.866,84	118,06%
Honorários Médicos	638.472,02	37,33%	510.419,73	28,17%	83.585,78	18,31%	76.380,67	19,02%	199.655,87	90,40%	113.916,45	61,73%
Medicamentos	50.997,67	2,98%	70.234,87	3,88%	9.143,14	2,00%	13.167,19	3,28%	11.294,22	5,11%	15.787,97	8,56%
Telefonia e Comunicações	62,50	0,00%	79,92	0,00%	24,80	0,01%	37,21	0,01%	47,86	0,02%	39,29	0,02%
Material de Eng./Manutenção	74,22	0,00%	344,65	0,02%	112,75	0,02%	2.303,27	0,57%	441,38	0,20%	55,52	0,03%
Generos Alimentícios	0,00	0,00%	39,27	0,00%	47,04	0,01%	42,97	0,01%	0,00	0,00%	0,00	0,00%
Energia Elétrica	9.240,41	0,54%	11.628,33	0,64%	3.337,63	0,73%	3.729,41	0,93%	4.906,24	2,22%	4.729,39	2,56%
Água	2.629,90	0,15%	2.927,31	0,16%	949,92	0,21%	1.023,92	0,25%	1.396,35	0,63%	1.520,28	0,82%
Gases Medicinais	19.062,89	1,11%	21.920,34	1,21%	13.379,64	2,93%	6.347,87	1,58%	9.487,90	4,30%	14.231,84	7,71%
Seguro Predial	119,02	0,01%	156,67	0,01%	98,76	0,02%	140,29	0,03%	79,21	0,04%	86,31	0,05%
Central de Esteril. de Materiais	75.213,63	4,40%	46.948,52	2,59%	12.691,16	2,78%	12.715,23	3,17%	9.263,98	4,19%	13.693,32	7,42%
Materiais Consignados - OPME	234.152,49	13,69%	423.101,45	23,35%	12.390,00	2,71%	38.668,00	9,63%	0,00	0,00%	0,00	0,00%
Equipamentos e Acessórios	0,00	0,00%	14,64	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	7,36	0,00%	0,00	0,00%
Material de Papelaria	646,99	0,04%	877,75	0,05%	314,18	0,07%	253,07	0,06%	265,24	0,12%	133,03	0,07%
Gêneros Alimentícios	109,76	0,01%	118,80	0,01%	39,20	0,01%	49,50	0,01%	27,44	0,01%	4,95	0,00%
Material Médico Hospitalar	87.313,99	5,11%	138.766,18	7,66%	19.743,84	4,32%	32.765,77	8,16%	29.073,38	13,16%	48.373,57	26,21%
Material de Higiêne e Limpeza	7.759,33	0,45%	10.464,80	0,58%	2.108,63	0,46%	3.264,77	0,81%	3.776,38	1,71%	5.294,92	2,87%
Margem de Contribuição1 (R\$)	584.320,81		574.029,16		298.576,09		210.753,68		-48.864,25		-33.329,49	
Margem de Contribuição1 (%)	34,17%		31,68%		65,40%		52,47%		-22,12%		-18,06%	
(-) Custos Fixos Diretos (CFD)	85.823,67	5,02%	92.281,23	5,09%	27.681,22	6,06%	29.875,60	7,44%	49.501,55	22,41%	53.411,32	28,94%
Folha de Pagamento	80.719,47	4,72%	87.177,03	4,81%	27.429,76	6,01%	29.624,14	7,38%	48.872,17	22,13%	52.781,94	28,60%
Depreciação de Equipamentos	5.104,20	0,30%	5.104,20	0,28%	251,46	0,06%	251,46	0,06%	629,38	0,28%	629,38	0,34%
Total das Despesas (CV+CFD)	1.211.678,49	70,85%	1.330.324,46	73,41%	185.647,69	40,66%	220.764,74	54,97%	319.224,36	144,54%	271.278,16	147,00%
(=) Resultado Operacional	498.497,14	29,15%	481.747,93	26,59%	270.894,87	59,34%	180.878,08	45,03%	-98.365,81	-44,54%	-86.740,81	-47,00%
Custo Médio por Cirurgias (R\$)	2.081,92		2.603,37		1.213,38		1.711,35		1.400,11		1.568,08	
Retorno Médio por Cirurgias (R\$)	2.938,45		3.546,13		2.983,94		3.113,51		968,68		1.066,69	
1.Margem de Contribuição (% e R\$): Mede o montante que cada unidade produzida contribui para cobrir os custos fixos e aumentar o lucro.												
Fontes: MV Módulos: (FSCC, MGES), Faturamento, Controladoria, TabWIN, Engenharia, RH e Patrimônio.												

FORNTE: MV MÓDULOS: (FSCC, MGES), FATURAMENTO, CONTROLADORIA, TABWIN, ENGENHARIA, RH E PATRIMÔNIO.

4.5 DADOS E INDICADORES PARA CONTROLE E MONITORAMENTO DA PRODUÇÃO

A disponibilidade de informações do sistema de informática utilizado no Bloco Cirúrgico possibilitou a montagem de visões e informações projetadas especificamente para a geração de importantes indicadores de produção e desempenho do Bloco Cirúrgico. Favorecendo os controles e permitindo a tomada de decisões e realização de ações corretivas para controle da produção cirúrgica.

Para montagem das visões fora utilizado uma ferramenta intitulada Weknow. Na qual pode-se verificar uma visão do controle das cirurgias realizadas no Bloco Cirúrgico e permitir o monitoramento em tempo real da produção cirúrgica. Conforme

esquema de visões apresentado em relação aos indicadores criados para monitoramentos e controles da produção cirúrgica.

O sistema apresentado da empresa weKnow é basicamente um software de Business Intelligence que permite a conexão a inúmeros sistemas para transformar os dados coletados em indicadores estratégicos, tornando possível tomar decisões muito mais precisas e em tempo real.

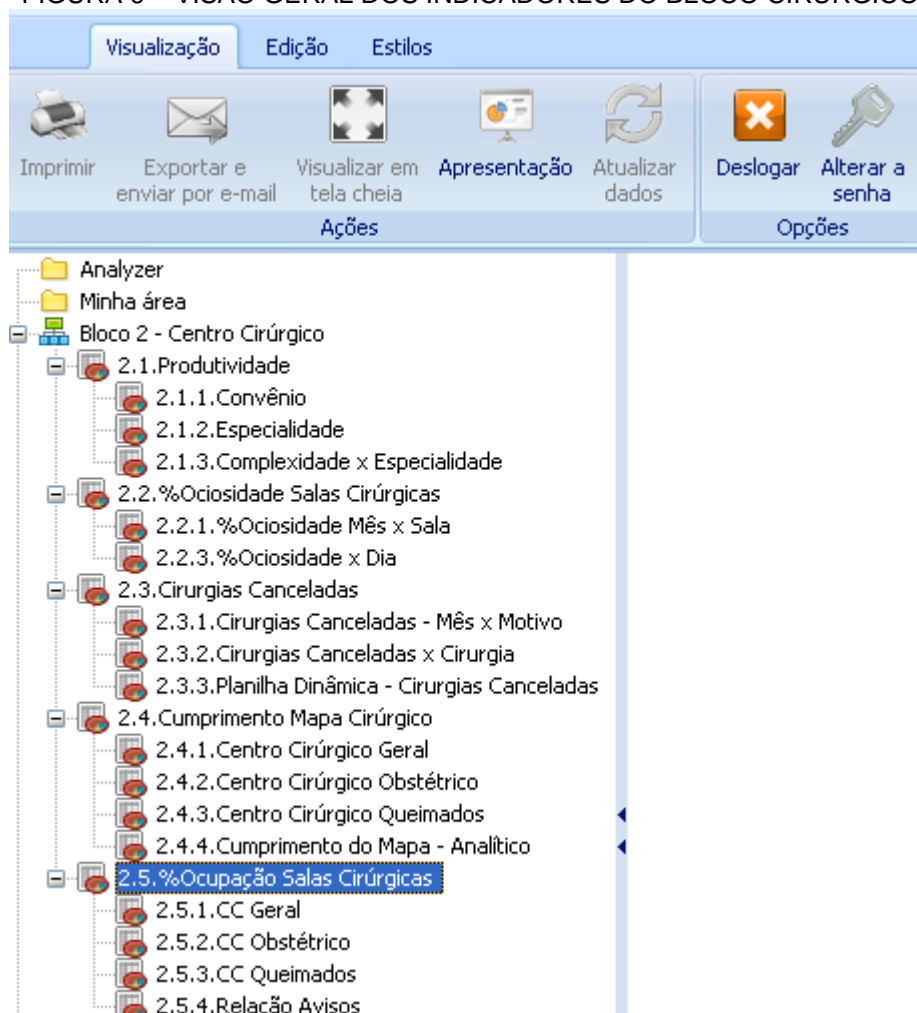
O seu desenvolvimento utilizou-se a base do conceito BAM (Business Activity Monitoring) que objetiva proporcionar acesso em tempo real aos indicadores de performance/estratégicos definidos como críticos para o negócio.

A grande vantagem deste software, é que o mesmo oferece a análise de dados de forma simples e rapidez mediante diversos tipos de gráficos e planilhas. Como ferramentas disponíveis, o usuário pode montar esquemas de visualização contendo diferentes tipos de indicadores em uma única tela, veja abaixo algumas opções: Visualização de gráficos em Barras, Colunas, Pizza, Termômetros, Linhas e Áreas. Sendo que as planilhas dinâmicas que dentre várias outras funcionalidades se destacam em cores diferentes os pontos cruciais que você precisa saber.

Sendo que as informações geradas por meio destas visões, poderão ser utilizadas em salas de diretores, gerentes para mostrar em tempo real a evolução de indicadores do hospital, como também em locais onde trabalham equipes. A seguir poderá ser observado em linha sequencial de figuras apresentadas o funcionamento do sistema Weknow, utilizados para o controle de indicadores de produção e controle da utilização das salas cirúrgicas em produção no Bloco Cirúrgico.

A disponibilização e funcionamento dos cubos com as visões gráficas formatadas através da comunicação entre os sistemas de informações disponíveis para o controle dos indicadores de produção e desempenho no Bloco Cirúrgico, poderão ser verificadas no sistema weKnow. Onde estão dispostos os controles para acompanhamento da produção e controle da ociosidade das salas cirúrgicas disponíveis no bloco, conforme disposto nas figuras: 6 (seis), 7 (sete) e 8 (oito) a seguir:

FIGURA 6 – VISÃO GERAL DOS INDICADORES DO BLOCO CIRÚRGICO

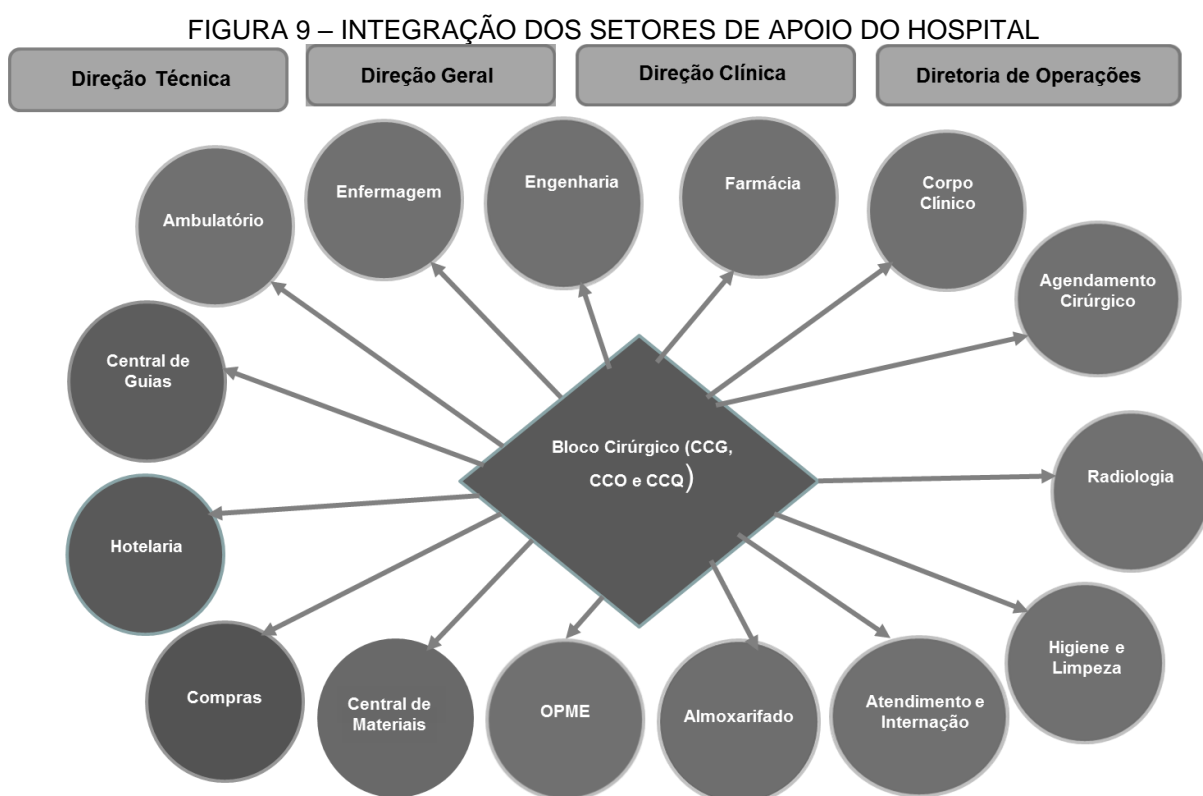


FONTE: CONTROLE DE INDICADORES SISTEMA WEKNOW

A FIGURA 6 apresenta a disposição descritiva dos indicadores formatados para o controle da produção e taxas de ociosidade a serem verificadas em relação ao funcionamento diário do Bloco Cirúrgico.

Cirúrgico. E por sua vez contribuem e viabilizam o processo logístico e provimento dos insumos e serviços de apoio necessário para o funcionamento diário deste setor.

Como exemplo podemos citar o importante papel desempenhado pelo setor de higiene e limpeza. O qual é responsável pela execução da limpeza das salas cirúrgicas em produção no centro cirúrgico. Neste quesito o tempo de limpeza é crucial para o giro das salas cirúrgicas. Em conformidade com os procedimentos cirúrgicos relacionados de forma sequencial no mapa cirúrgico. Demais setores do hospital são igualmente importantes e podem ser verificados na figura intitulada “Integração dos Setores de Apoio do Hospital:”



FONTE: COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA DO BLOCO CIRÚRGICO

Na FIGURA 9 apresentada verifica-se a importância da integração do Bloco Cirúrgico com os demais setores de apoio em funcionamento no hospital universitário, objeto do estudo proposto.

4.5.2 Diretoria de Operações

Semanalmente conforme agendamento prévio efetuado ocorriam reuniões entre a Coordenação do Bloco Cirúrgico com a Diretoria de Operações, visando alinhamento de ações, ajuste de processos e aprimoramento de ações voltadas a tomada de decisões. Nestas reuniões além dos ajustes efetuados era possível

planejar novas ações e implementar a melhorar os indicadores de produção. Além da correção de eventuais desvios das metas estabelecidas e do planejamento estratégico elaborado para a área.

4.5.3 Contatos Mantidos entre a Equipe Médica e Demais Profissionais

Diariamente mantinha-se contatos com médicos e demais profissionais atuantes no Bloco Cirúrgico, no intuito de estreitar relações e facilitar a implementação das diretrizes estabelecidas para melhorar os controles e atividades executadas no Bloco Cirúrgico. Por meio deste canal de comunicação estabelecido entre a Coordenação Administrativa com as equipes de profissionais atuantes no Bloco Cirúrgico, foram implantados controles específicos para verificar o desempenho das equipes e as melhorias necessárias a serem realizadas. De forma permanente era mantido o controle da produção e escalas da equipe dos médicos anestesistas, contratados via pessoa jurídica para a realização diária dos procedimentos de anestesia das cirurgias realizadas no Bloco Cirúrgico.

Ao final do mês corrente, os relatórios de produção dos anestesistas são analisados em paralelo, somados as escalas de trabalho elaboradas para cobertura do serviço anestésico disponível e em funcionamento nos 3 (três) centros cirúrgicos, seguia para apreciação e validação pela Diretoria de Operações e Diretoria Técnica, para na sequência ser repassado ao setor de Tesouraria do hospital, para posterior pagamento dos honorários médicos relativos ao serviço de anestesia.

4.6 ANÁLISE E DISCUSSÃO

Neste novo tópico serão abordados os resultados da pesquisa efetuada, envolvendo a análise do cancelamento de cirurgias, cumprimento das metas contratuais estabelecidas com a Secretaria Municipal de Saúde e redução de custos. A serem verificados através do processo de reorganização administrativa implantada no Bloco Cirúrgico.

4.6.1 Cancelamento de Cirurgias no Bloco Cirúrgico

Pode-se observar no processo de reorganização administrativa implantado no Bloco Cirúrgico para mudanças e readequações, queda significativa do número de cirurgias canceladas. Conforme números apurados durante os períodos em análise efetuado de junho 2015 a junho de 2016. As medidas estatísticas utilizadas foram: Desvio padrão e Coeficientes de Variância, que demonstraram os números positivos alcançados.

A redução fora possível principalmente devido a um conjunto de ações e medidas adotadas para execução das cirurgias agendadas e cumprimento da ordem estabelecida no mapa cirúrgico. Sendo este confeccionado diariamente pelo setor de Agendamento Cirúrgico. E complementando as medidas adotadas fora efetuado a mudança de horário de uma das enfermeiras, responsáveis pelo Bloco Cirúrgico. Que após alterações promovidas passou a realizar a carga horários de 8 (oito) horas diárias.

Através desta mudança fora possível abrir os trabalhos do Bloco Cirúrgico, no início da manhã e possibilitar a organização interna e à disponibilidade de salas cirúrgicas montadas para a execução das cirurgias programadas no mapa cirúrgico. Sendo que o papel desta enfermeira além de fiscalizar os recursos necessários disponíveis para a realização das cirurgias a mesma tinha o papel de efetuar a comunicação adequada entre a equipe médica, para estabelecer o início das atividades de forma adequada e dentro do interesse da instituição, quanto a priorização para realização das cirurgias de Alta Complexidade (AC).

4.6.2 Controle de Indicadores e Cumprimento de Metas de Produção

Fundamentalmente a inserção de uma Coordenação Administrativa dentro de uma das principais unidades de produção da instituição hospitalar reestabeleceu a ordem e organização das ações a serem executadas em conformidade e mantendo os interesses estabelecidos pela instituição hospitalar, e viabilizando o cumprimento das metas contratuais de produção cirúrgica de Média e Alta Complexidade.

A implantação de uma Coordenação Administrativa com formação em Gestão Hospitalar, a administração do Bloco Cirúrgico passou a ser realizada de

forma profissional. Sendo que, o uso das informações e alimentação de indicadores devidamente tabulados, passou a fazer parte do dia a dia das ações efetuadas no Bloco Cirúrgico. E conseqüentemente, passou a fornecer os subsídios necessários para o processo de tomada de decisões.

No aspecto administrativo, a Coordenação do Bloco contribui para melhorar a comunicação entre a equipe médica e demais profissionais atuante nesta unidade de produção. Que devidamente orientados passaram a trabalhar de forma mais ordenada, visando o cumprimento dos interesses da instituição hospitalar em detrimento de interesses pessoais ou voltados para cada especialidade médica atuante no Bloco Cirúrgico.

4.6.3 Redução de Custos e Integração com Outros Setores do Hospital

As técnicas de administração voltadas aos interesses estabelecidos pela instituição hospitalar forneceu a Coordenação Administrativa do Bloco Cirúrgico as condições necessárias para mapear e controlar mensalmente todos os custos e despesas hospitalares geradas nesta unidade de produção. Através do mapeamento e tabulação dos principais custos fora possível estabelecer metas para redução dos custos possíveis, em especial dos custos variáveis. Muitas vezes responsável e originado pelos descontroles e desperdícios verificados nas atividades operacionais realizadas de forma diária, no campo da execução dos procedimentos cirúrgicos. medicamentos utilizadas nas cirurgias.

A integração entre as demais áreas de apoio do hospital se constituiu em um importante avanço quanto à administração realizada no Bloco Cirúrgico. Tendo em vista que a necessidade de ligação com as demais áreas de apoio do hospital propiciaria um melhor planejamento e previsão de insumos, materiais, medicamentos e demais serviços a serem prestados. Sendo que além dos avanços significativos alcançados, ocorrera uma melhora geral no processo de comunicação com as demais áreas do hospital, favorecendo em especial o uso racional dos recursos disponíveis. E conseqüentemente um melhor planejamento das ações a serem efetuadas e previsibilidade na reposição dos materiais e medicamentos utilizados na realização das cirurgias.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Por meio da implantação de uma Coordenação Administrativa voltada especificamente para atendimento dos interesses da instituição hospitalar objeto deste estudo, fora possível evidenciar o processo de organização administrativa e produtiva implantada no período de junho de 2015 a junho de 2016 no Bloco Cirúrgico. Onde fora verificado o reordenamento das ações e processos produtivos executados nesta importante unidade de negócios. Voltada especificamente para a realização da produção cirúrgica e cumprimento das metas contratuais estabelecidas em contrato de prestação de serviços de saúde. O gestor municipal é o responsável pelo repasse dos recursos financeiros depositados pelo Ministério da Saúde (MS).

O uso das técnicas de administração e contabilidade voltadas ao controle de custos, adequação de pessoal, monitoramento de indicadores de produção e controles relacionados à distribuição das salas cirúrgicas para as equipes médicas, contribuiu para a redução do cancelamento de cirurgias, reorganização do processo de produtivo voltado à priorização para realização de cirurgias de Alta Complexidade (AC) e readequação do sistema de controle de custos e despesas. Enfatizando o aumento de receitas possíveis e projetos para ampliação da produção cirúrgica.

O processo de comunicação entre as equipes médicas, demais profissionais atuantes no Bloco Cirúrgico e setores de apoio as operações, fora melhorado e incentivado. Fora criando um ambiente favorável para tomada de decisões de forma conjunta e melhorando de forma significativa o processo de planejamento e previsão das melhores ações a serem implementadas e aplicadas em benefício do melhor funcionamento possível desta unidade hospitalar.

No aspecto da Segurança do Paciente houve importante avanço através da implantação do protocolo de Cirurgia Segura no Bloco Cirúrgico, nos 3 (três) centros cirúrgicos em operação nesta unidade hospitalar. Sendo que o desafio e a desconfiança da equipe médica fora superado pelo apoio da Direção Técnica da época responsável pelo contato e orientações a serem repassadas ao Corpo Clínico, que juntos possibilitaram a implantação deste importante instrumento de segurança para a realização das cirurgias nos pacientes a serem atendidos. E também para suporte e proteção da própria equipe médica que fora conscientizada que aderindo a este protocolo, evitaria problemas de ordem judicial e ética.

Evidente que problemas e desafios existem e devem ser combatidos e minimizados por meio de ações diárias conjuntas a serem adotadas para mitigar os riscos envolvidos na prestação de serviços de saúde, aos diversos pacientes atendidos nesta unidade de produção. Sempre visando à segurança e melhor conforto a ser oferecido para o tratamento de saúde a ser realizado nesta instituição hospitalar.

Recomenda-se que o processo de agendamento de cirurgias seja revisto e alterado. Especialmente no que tange ao agendamento das cirurgias efetuado diretamente pelos médicos responsáveis por suas especialidades. Sendo que neste aspecto verificou-se que ocorrem conflitos de interesses. Haja vista que os mesmos dispõem de acesso direto a um aplicativo desenvolvido para facilitar o agendamento das cirurgias relativas às suas especialidades. E por consequência em muitos casos observa-se que alguns profissionais médicos acabam ignorando os interesses e as necessidades da instituição hospitalar. Principalmente no que tange a estratégias estabelecidas como o aumento de realização das cirurgias de Alta Complexidade, cumprimento adequado do mapa cirúrgico e das metas contratuais pactuadas.

Fora verificado que um processo de Pré-Agendamento Cirúrgico que ficaria a cargo da instituição hospitalar, poderia melhorar este processo e evitar conflitos de interesses. Sendo que o hospital faria o agendamento dos procedimentos cirúrgicos em especial dos pacientes eletivos. Que já passaram por consultas ambulatoriais prévias e que já dispõem de todas as liberações necessárias para a realização das cirurgias como: consulta com anestesista, liberação prévia das guias e demais documentos hospitalares e assinatura do Termo de Consentimento Informado, realizado na última consulta mantida com o cirurgião responsável pela realização do procedimento cirúrgico a ser efetuado e agendado pelo hospital.

REFERÊNCIAS

- AMERICANA, O.P; SAÚDE, M; SANITÁRIA, A. N. V. **Manual Cirurgias Seguras Salvam Vidas**. Brasília, 2010.
- ANDRADE, M. M. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: Noções práticas**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002
- BEUREN, I. M. **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: Teoria e prática**. 3 ed. 4. reimpr. - São Paulo: Atlas, 2009.
- BEUREN, I. M. **Gerenciamento da Informação** – Um Recurso Estratégico de Gestão Empresarial. São Paulo: Atlas, 2000.
- BRAYNE, P. et al. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: Os polos da prática metodológica**. Rio de Janeiro: F. Alves, 1977.
- BURLTON, R. **Business Process Managerment**, Indianapolis, SAMS, 2001, p. 398.
- CARAVANTES, R. G.; KLOECKNER, M. C. B. **Administração- Teorias e Processo**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.
- CATELLI, A. **Controladoria: uma abordagem da gestão econômica** – GECON. São Paulo: Atlas, 1999.
- CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 3 ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- CHRISTENSEN, C.M, GROSSMAN, J. H, HWANG, J. **Inovação na Gestão de Saúde** – Soluções Disruptivas para Reduzir Custos e Aumentar Qualidade. Tradução André de Godoy Vieira, Mariana Belloli Cunha, Ronaldo Cataldo Costa – Porto Alegre: Bookman, 2009.
- COMMISSION, J. **Sentinel Event Statistics**. December 31,2006. Disponível em:<<http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics>>: Acesso em 9 jun 2017.
- DALLORA, M.E.L.V.; FORSTER, A.C. **A importância da Gestão de Custos em Hospitais de Ensino**. Considerações teóricas. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (2): 135-42 abr./jun. Disponível em:<<http://www.fmrp.usp.br/revista>> Acesso em: 11 abr. 2017.
- FARMÁCIA, **Conselho Federal**. Disponível em:< <http://www.cff.org.br/>> Acesso em 05 de ago. 2010.
- FERNANDES, A. **Administração inteligente**. São Paulo: Futura, 2001.
- FIGUEIREDO, S. et al. **Controladoria: teoria e prática**. São Paulo: Atlas, 1993.

FIO CRUZ, **Pensesus**. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/financiamento>> Acesso em 05 de fev. 2017.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo. Atlas, 1991.

JIMBALVO, J. **Contabilidade Gerencial**. Rio de Janeiro. LCT, 2002.

KANITZ, S. C. **Controladoria: teoria e estudo de casos**. São Paulo. Pioneira, 1977.

KAPLAN, R.S; NORTON, D.P. **Mapas Estratégicos – Balanced Scorecard: Convertendo Ativos Intangíveis em Resultados Tangíveis**: tradução de Afonso Celso da Cunha Serra. Rio de Janeiro. Elsevier, 2004.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. **Metodologia científica**. 3. Ed. São Paulo: Atlas, 2000.

LEONEL, M.; DURAN, J. E. **Administração Hospitalar: A Importância do Administrador como Gestor**. Revista Organizações e Sociedade – Multidisciplinar, Iturama (MG), v. 4, n. 1, p. 113-125, jan./jun. 2015.

LINO, K. M. S; GONÇALVES, M. F.; FEITOSA, S. L. **Administração Hospitalar por Competência: O Administrador como Gestor Hospitalar**. Belém – PA, 2008.

MACHADO, M. R. B. **Entidades Benéficas de Assistência Social - Contabilidade, Obrigações Acessórias e Principais**. Curitiba: Juruá, 2008.

MARTINS, E. **Contabilidade de Custos**. 9. Ed. São Paulo. Atlas, 2003.

MATARAZZO, C. D. **Análise Financeira de Balanço**. Ed. Atlas, 6 ed. São Paulo, 2003.

MAXIMIANO, A. C. A. **Introdução à administração**. 5. ed. ver. e ampl. São Paulo: Atlas, 2000.

MIKOVICH, G. T; BOUDREAU, J. W. **Administração de recursos humanos**. 1. ed. – 7 reimpr. São Paulo. Atlas, 2009

MOSIMANN, C. P. et al. **Controladoria - Seu papel na administração de empresas**. São Paulo: Atlas, 1999.

NORONHA, J. M. R.; VIEIRA, F.. **Da Gestão por funções à gestão por competências**. Agora, economia, política, sociedade, Maputo n. 10, maio 2001.

PAGNONCELLI, D.; VASCONCELLOS, F. P. **Sucesso Empresarial Planejado**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1992.

PASCHOAL, M. L. H.; CASTILHO, V. **Implementação do sistema de gestão de materiais informatizado do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.44, n.4, p.984-988, 2010. Disponível em: <<http://producao.usp.br/handle/BDPI/4140>> Acesso em: 16 abr. 2017.

PEREZ, J. H. J.; PESTANA, A. O.; FRANCO, S. P. C. **Controladoria de Gestão**. 2. ed. São Paulo. Atlas, 1995.

PORTER, M. E; TEISBERG, E. O. **Repensando a Saúde** – Estratégias para Melhorar a Qualidade e Reduzir os Custos: Tradução de Cristina Bazan. Porto Alegre: Bookman, 2007.

PORTER, Michael. **Estratégia Competitiva**. São Paulo: Campus, 1986.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROBBINS, S. P. **Administração: Mudanças e perspectivas**. São Paulo. Saraiva, 2002.

RUDIO, F. V. Introdução ao projeto de pesquisa científica. Petrópolis: Vozes, 1986.

SAÚDE, M. Equipamentos médico-hospitalares e o gerenciamento da manutenção. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipamentos_gerenciamento1> Acesso em: 09 jun 2017.

SEGATTO, C. **O que os Hospitais não Contam para Você**: Revista Época, Rio de Janeiro, p. 94-102, nov. 2012.

SILVA, V. C.; ALESSANDRI, E. **A importância do Administrador hospitalar**. 2009. Disponível em: <<http://www.administradores.com.br/artigos/marketing/a-importancia-doadministrador-hospitalar/31998/>>. Acesso em: 16 abr. 2017.

SORDI, J. O. **Gestão por Processos**. Uma Abordagem da Moderna Administração. 3 ed., ver e atual. São Paulo: Saraiva, 2002.

SOUZA, A.A. et al. **Controle de Gestão em Organizações Hospitalares**. Revista de Gestão USP, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 15-29, julho-setembro 2009.

TECHNOLOGY, W. WeK Technology in Busines. Software de Business Intelligence. Disponível em: <<http://useweknow.com/produto/>>: Acesso em: 9 jun 2017.

TEIXEIRA, J. M. C. et al. **Planejamento estratégico e operacional em saúde**. In: GONÇALVES, E. L. Gestão hospitalar: administrando o hospital moderno. São Paulo: Ed. Saraiva 2006.

TURBAN, E., RAINER JR. K. R., POTTER, R. E. **Introdução a sistemas de informação**. Tradução Daniel Vieira – Rio de Janeiro. Elsevier, 2007.
WAGNER III, J. A; HOLLENBECK, J. R. **Comportamento organizacional**. São Paulo. Saraiva, 2002.

WERNKE, R. **Gestão de Custos** – Uma Abordagem Prática. São Paulo: Atlas, 2004.

APÊNDICE 1 – MODELO DO PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA



Lista de verificação de segurança cirúrgica (primeira edição)

Antes de indução anestésica

Antes de incisão

Antes de o paciente sair de sala de operações

Entrada
<input type="checkbox"/> Paciente confirmou <ul style="list-style-type: none"> • Identidade • Sítio cirúrgico • Procedimento • Consentimento
<input type="checkbox"/> Sítio demarcado/não se aplica
<input type="checkbox"/> Verificação de segurança Anestésica concluída
<input type="checkbox"/> Oxímetro de pulso no paciente e Em funcionamento
<p>O paciente possui:</p>
<p>Alergia conhecida?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SIM
<p>Via aérea difícil/risco de aspiração?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SIM, e equipamento/assistência disponíveis
<p>Risco de perda sanguínea > 500 ML (7 ML/KG em crianças)?</p> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SIM, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Pausa cirúrgica
<input type="checkbox"/> Confirmar que todos os membros da equipe se apresentaram pelo nome e função
<input type="checkbox"/> Cirurgião, anestesiológico e enfermeiro confirmam verbalmente: <ul style="list-style-type: none"> • Identificação do paciente • Sítio cirúrgico • Procedimento
<p>Eventos críticos previstos</p> <p>Revisão do cirurgião:</p> <input type="checkbox"/> Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação, perda sanguínea prevista?
<input type="checkbox"/> Revisão da equipe de anestesia: Há alguma preocupação específica em relação ao paciente?
<input type="checkbox"/> Revisão da equipe de enfermagem: Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização? (incluindo resultados do indicador)? há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações?
<p>A profilaxia antimicrobiana FOI realizada nos últimos 60 minutos?</p> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Não se aplica
<p>As imagens essenciais estão disponíveis?</p> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Não se aplica

Saída
<p>O profissional da equipe de enfermagem ou da equipe médica confirmam verbalmente com a equipe:</p>
<input type="checkbox"/> O nome do procedimento registrado
<input type="checkbox"/> Se as contagens de instrumentais cirúrgicos, compressas e agulhas estão corretas (ou não se aplicam)
<input type="checkbox"/> Como a amostra para anatomia patológica está identificada (incluindo o nome do paciente)
<input type="checkbox"/> Se há algum problema com equipamento para ser resolvido
<input type="checkbox"/> O cirurgião, o anestesiológico e a equipe de enfermagem revisam preocupações essenciais para a recuperação e o manejo deste paciente
<p>Assinatura</p>

Esta lista de verificação não tem a intenção de ser abrangente. Acréscimos e modificações para adaptação à prática local são recomendados.

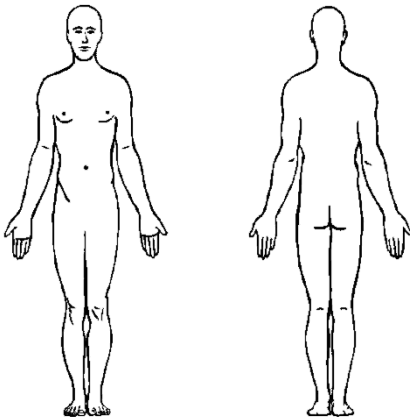
FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE/ANVISA/FIO CRUZ – JUL 2013.

APÊNDICE 2 – PROTOCOLO ADAPTADO AO CENTRO CIRÚRGICO OBSTÉTRICO (CCO)

CENTRO CIRÚRGICO OBSTETRICO	CHECK LIST DE NASCIMENTO SEGURO / RECUPERAÇÃO PÓS-NASCIMENTO - RÉPAI	ETIQUETA DO PACIENTE
--	---	----------------------

Atendimento:	Data: ____/____/____
Nome da paciente:	
Setor de origem:	
Alergias:	

SING IN – CHECK LIST DA ADMISSÃO / ENFERMARIA PARA O CENTRO OBSTÉTRICO			
Dat a: ____/____/____	Hor a: ____:____	Loca l: () Centro Cirúrgico Obstétrico	
Procedimento a ser realizado:			
Tricotomi a: () Sim () Não	Jejum : () Sim () Não		
Possui pulseira de identificação: () Sim () Não	Possui prontuário aberto: () Sim () Não		

SING IN – CHECK LIST DE ENCAMINHAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO (SALA DE PRÉ-PARTO)	
<input type="checkbox"/> Anamnese e exame físico <input type="checkbox"/> Avaliação pré-anestésica <input type="checkbox"/> Avaliação da enfermagem <input type="checkbox"/> Ecografia <input type="checkbox"/> Carteirinha de Gestante <input type="checkbox"/> Termos de consentimento assinados → () cirúrgico <input type="checkbox"/> Iaqueadura <input type="checkbox"/> Encaixe cirúrgico <input type="checkbox"/> AIH <input type="checkbox"/> Partograma <input type="checkbox"/> BAM <input type="checkbox"/> Indução de parto <input type="checkbox"/> Apresenta-se em jejum Desde ____:____ horas <input type="checkbox"/> Outros:	
<input type="checkbox"/> Antibiótico profilático (60 min. antes do procedimento) → () Sim - horário ____:____h () Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	
Responsável (Enf./Téc./ Aux.):	COREN:

TIME OUT – COMUNICAÇÃO ATIVA COM VERIFICAÇÃO OBRIGATORIA CHECK LIST (SALA DE PARTO)	
Admitido na sala às: ____:____ horas	Circulante: ____
Enfermeiro(a):	
<input type="checkbox"/> Montagem da sala de acordo com o procedimento <input type="checkbox"/> Dados de identificação checados (<u>Pulseira/Etiqueta do Prontuário</u>) <input type="checkbox"/> Prontuário preenchido <input type="checkbox"/> Procedimento cirúrgico agendado <input type="checkbox"/> Confirmação do procedimento	

<input type="checkbox"/> Sítio cirúrgico de acordo com o agendado	
<input type="checkbox"/> Paciente sabe informar qual procedimento será realizado?	
<input type="checkbox"/> Sim - Qual? _____	<input type="checkbox"/> Não -
Motivo: _____	
<input type="checkbox"/> Acesso venoso central	
<input type="checkbox"/> Material cirúrgico disponível e adequado	
<input type="checkbox"/> Dois acessos puncionados disponíveis	
<input type="checkbox"/> Risco de perda sanguínea	
<input type="checkbox"/> Hemocomponentes	
<input type="checkbox"/> Monitorização instalada funcionante	
<input type="checkbox"/> Equipamento em funcionamento adequado	
<input type="checkbox"/> Alergia conhecida - <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não.	
<input type="checkbox"/> Via aérea difícil / Risco de aspiração / Uso de prótese dentária? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Equipe de Obstetrícia presente na sala: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Nascimento assistido por: _____	

EQUIPE RESPONSÁVEL PELO TIME OUT:

Todos os membros das equipes se apresentaram pelo nome?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Confirmaram o procedimento?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Equipe de Neonatologia presente na sala?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica (Óbito Fetal)
Cirurgião:		CRM: _____
Anestesiologista:		CRM: _____
Neonatalogista:		CRM: _____
Auxiliares:		
Enfermagem:		COREN: _____

TRANSOPERATÓRIO

Início do Procedimento:	_____:_____ horas	Término:	_____:_____ horas	Pressão arterial:	
Tipo de anestesia:		Posicionada corretamente e com proteção:		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Tipo de Procedimento:					
Cautério:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Placa/local:			
Transfusão:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Sonda vesical:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Compressas utilizadas:		Quantidade aberta:		Desprezadas:	
Gazes utilizadas:		Quantidade aberta:		Desprezadas:	
Observação:					

SIGN OUT – ANTES DA SAÍDA CIRÚRGICA

Pulseira íntegra e fixada corretamente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RN identificado em sala?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Recolocada na sala cirúrgica?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Contagem de instrumentais está correta?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Compressas e gazes conferidas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Profilaxia Antimicrobiana realizada?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Infusão endovenosa identificada			
<input type="checkbox"/> Sonda vesical _____ Diurese			
Grau de consciência:	<input type="checkbox"/> Acordada <input type="checkbox"/> Sonolenta <input type="checkbox"/> Adormecida <input type="checkbox"/> Intubada	<input type="checkbox"/> Outro: _____	
Observações:			
Responsável (Enf./Téc./Aux.):		COREN:	
Hora:	_____:_____		

